

QUO VADIS



НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

БОРБАТА С РАКА

В НОВАТА РЕАЛНОСТ



Вече близо две години Ковид-19 зае централно място в общественото пространство, абсорбирайки усилията на специалисти във всички области. На този фон други диагнози някак останаха встрани. Статистиката за борбата с тях обаче не е в наша полза.

През 2020 г. в ЕС с различни видове рак са диагностицирани 2,7 млн. души, а други 1,3 млн. са починали в резултат от раково заболяване. Данните за България от последното десетилетие сочат, че броят на новооткритите заболели всяка година е около 30 000 души, което е с 10 000 случая повече в сравнение с периода преди 2000 г.

Всеки втори човек в Европа се сблъсква с тежката диагноза през живота си, а един

на всеки пет умира от рак. Всяка година борбата с коварната болест струва близо €100 млрд. на общността.

Според експерти, ако не предприемем решителни действия сега, се очаква случаите на ракови заболявания да нараснат с 24% до 2035 г., като по този начин заболяването ще стане водещата причина за смърт в ЕС.

Именно затова, въпреки пандемията от Ковид-19, борбата с онкологичните заболявания отново трябва да се превърне в приоритетен ангажимент за всяка развита и развиваща се държава в ЕС. С тази цел беше създаден и Европейският антираков план. В какво се изразява той и къде стои страната ни по отношение на онкологичните заболявания – тяхното диагностициране и лечение, четете

на стр. 6, 7

ПРОФ. Д-Р СИЛВИ ГЕОРГИЕВ, Д.М.:



На стр. 5

**ТАЗИ НАГРАДА
ЩЕ Я НОСЯ В СЪРЦЕТО СИ,
ДОКАТО СЪМ ЖИВ**

Д-Р НЕЛИ НЕШЕВА И Д-Р РАДОСЛАВ ТРИФОНОВ

ЗА



На стр. 8

**СТИПЕНДИАНТСКАТА
ПРОГРАМА НА БЛС**

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®

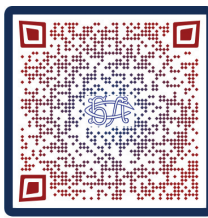
Хомеопатичен лекарствен продукт без лекарско предписване. КХП 24118/06.11.2013
За пълна информация:
Бул. Шипченски проход 9, ет. 5, офис 11, 1111 София
email: boiron.bulgaria@boiron.bg

ISSN 2534-8981



- 73. извънреден Събор на БЛС ще се проведе на 10.12.2021 г.
- Удължаването на срока на протоколите за лекарства крие рискове за пациентите
- Исканията на БЛС за справедливо разпределяне на икономите бяха изпълнени
- Въвеждане на ДСГ предлага МЗ

На стр. 3



СКАНИРАЙ МЕ



ГОРЕЩИ ТЕЛЕФОННИ ЛИНИИ НА БЛС: ЗА COVID - 02 907 07 08 | СИГНАЛИ ЗА АГРЕСИЯ - 02 907 07 07



EUROPEAN MEDICINES AGENCY
SCIENCE MEDICINES HEALTH

ПРЕПОРЪКА НА ЕМА ПО ОТНОШЕНИЕ НА БУСТЕР ДОЗА SPIKEVAX

Комитетът по лекарствени продукти за човешка употреба (CHMP) на ЕМА стигна до заключение, че може да се обмисли прилагане на бустер доза от ваксината Spikevax (на Moderna) срещу COVID-19 при хора на възраст 18 години и по-възрастни.

Това е вследствие на данни, които показват, че трета доза Spikevax, приложена 6 до 8 месеца след втората доза, води до повишение в нивата на антителата при възрастни, при които нивата на антитела са намалели. Бустер дозата представлява половината от дозата, използвана при първичната ваксинационна схема.

Понастоящем данните показват, че характеристиките на нежеланите реакции след бустер дозата са подобни на тези след втората доза. Рискът от възпалителни заболявания на сърцето или други много редки нежелани реакции след бустер доза се проследяват внимателно. Както при всички лекарства ЕМА ще продължи да оценява всички данни за безопасност и ефективност на Spikevax.

На национално ниво здравните органи могат да издадат официални препоръки за прилагането на бустер дози, като вземат предвид местната епидемиологична ситуация, както и данните за ефективност, които се получават текущо, и ограничените данни за безопасност на бустер дозата.

CHMP стигна до заключение, че прилагането на бустер доза Comirnaty (на BioNTech/Pfizer) може да се обмисли най-малко 6 месеца след втората доза при хора на възраст 18 години и по-възрастни. Освен това комитетът дава препоръка, че допълнителна доза Comirnaty и Spikevax може да се прилага при хора със силно отслабена имунна система поне 28 дни след прилагането на втората доза.

Повече информация за препоръката по отношение на бустер доза Spikevax ще бъде налична в актуализираната продуктова информация.

НАЦИОНАЛНИ ИМУНИЗАЦИОННИ КАМПАНИИ

Провеждането на национални ваксинационни кампании остава прерогатив на националните технически консултативни групи по имунизациите, които ръководят ваксинационните кампании във всяка държава членка на ЕС. Тези структури се явяват най-подходящи за това с оглед съобразяването с местните условия, включително разпространението на вируса (особено вариантите, предизвикващи тревога), наличието на ваксини и капацитетът на националната здравна система.

ЕМА ще продължи да работи в тясно сътрудничество с националните органи и Европейския център за превенция и контрол на заболяванията [European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)] при оценката на начините данни и предоставянето на препоръки във връзка със защитата на обществото по време на продължаващата пандемия.

МФ ОБЕЗПЕЧИ ДОПЪЛНИТЕЛНО РАЗХОДИ ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В РАЗМЕР НА 117 844 400 ЛВ.

02.11.2021 г.

В изпълнение на актуализацията на бюджета за 2021 г. и чрез реструктуриране на разходи в него, от началото на м. октомври досега, Министерството на финансите приоритетно обезпечи допълнително разходи за здравеопазване в размер на 117 844 400 лв. за нуждите в Ковид-кризата.

Тези средства са за създаване на резерв от лекарствени продукти за лечебните заведения за лечение на системен възпалителен отговор и протромботични състояния, възникнали вследствие на К-19 при хоспитализирани пациенти – 12 500 000 лв., за осигуряване на моноклонални антитела за лечение на К-19 – 7 269 800 лв., за осигуряване на подкрепа за персонала на "първа линия", пряко ангажирани с дейности по предотвратяване разпространението на К-19, включително



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
МИНИСТЕРСТВО НА ФИНАНСИТЕ

38 600 000 лв. за поставяне на ваксини срещу заразата на здравно неосигурени лица, 13 000 000 лв. за закупуването на бързи антигенни тестове за откриването на SARS-CoV-2 за изследване на ученици от началния етап на образованието, 46 474 600 лв. за закупуването на ваксини срещу К-19.

Това е част от ангажираността на МФ да осигури мерките на правителството в критичната ситуация, свързана с Ковид-вълната, за да може болниците да функционират и натискът на заболяването да се преодолее.

Източник: Министерство на финансите

ФИНАНСИРАНЕТО ПО ПРОЕКТ „СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО“ СЕ ВЪЗОБНОВЯВА ОТ 04.11.2021 Г.

От 04.11.2021 г. отново стартира приемът на документи за кандидатстване за финансиране по проект BG05M9OP001-1.015-0001 „Специализация в здравеопазването“, който се изпълнява по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2014-2020 г. (ОПРЧР 2014-2020).

Между Министерство на здравеопазването и Управляващия орган на ОПРЧР

2014-2020 беше подписано Допълнително споразумение към Договора за предоставяне на безвъзмездна финансова помощ, с цел изменение на проект „Специализация в здравеопазването“. С неговото сключване бюджетът на проекта беше увеличен, което дава възможност за предоставяне на финансова подкрепа за допълнителен брой специализанти в системата на здравеопаз-



ЕВРОПЕЙСКИ СЪЮЗ
ЕВРОПЕЙСКИ
СОЦИАЛЕН ФОНД

ването.

Подаването на заявления за кандидатстване и изискуемите документи се извършва онлайн чрез регистрация на интернет сайта www.specializanti-mh.info. Образците на документите и условията за кандидатстване са на разположение в секцията „Документи“, откъдето могат да бъдат свалени и попълнени. Процедурата за кандидатстване ще бъде отворена със срок до 31.12.2021 г.

ПЪРВИ СЪПЪКИ КЪМ ВЪВЕЖДАНЕ НА ДСГ ПРЕДЛАГА ЗДРАВНОТО МИНИСТЕРСТВО

Министерство на здравеопазването предлага промени в Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса, с които се въвежда нова класификационна система на медицинските процедури, съобщава medicalnews.bg. Тя е разработена на базата на Австралийската класификация на медицинските процедури. Припомняме, става въпрос за основните стъпки за въвеждането на т. нар. диагностично-свързани групи (ДСГ), което прилагане страната ни отлага години наред.

Прилагането в страната ни на новата класификационна система за медицинските процедури изискваше продължителна и задълбочена подготовка, която бе реализирана със

съвместните усилия на Националната здравноосигурителна каса, Националния център по обществено здраве и анализи, лечебни заведения и медицински специалисти. В периода на подготовката за внедряването ѝ бе необходимо да се прецизират кодовете на отделните медицински процедури и да се адаптират софтуерните продукти за прилагане на новите кодове, отбелязват от МЗ.

За отразяване на националните особености при отчитане на медицинските процедури системата бе адаптирана към българската практика, с което бе отразена възможност за кодиране на всички изпълнявани от лечебните заведения медицински процедури в извънболничната и болничната медицинска и дентална помощ, поясняват от ведомството.



На практика с проекта се заменят кодовете на медицинските процедури по МКБ 9 КМ с кодовете по новата класификационна система. Това включва медицинските процедури, изпълнявани по клинични пътеки, клинични и амбулаторни процедури, включени в приложенията на наредбата. С приемане на предложената промяна ще се въведе отчитане по унифициран, нормативно регламентиран начин на медицинските дейности, които се изпълняват от лечебните заведения, допълват от МЗ.

С целия проект може да се запознаете на сайта на МЗ.

ПРОЕКТНО ПРЕДЛОЖЕНИЕ НА МЗ ЗА ОБОСОБЯВАНЕ НА ИЗОЛИРАНИ СТРУКТУРИ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА ПАЦИЕНТИ СЪС ЗАРАЗНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Близко 100 млн. лв. ще бъдат осигурени за обособяване на изолирани структури за лечение на пациенти със заразни заболявания и за закупуване медицинско и немедицинско оборудване за лечение на пациенти с COVID-19 в 133 болници. Това проектно предложение изпрати Министерството на здравеопазването на 29 октомври до Управляващия орган на Оперативна програма „Региони в растеж“ 2014-2020. Проектът „Укрепване капацитета на болничната мрежа за реакция при кризи“ е със срок за реализация 24 месеца.

Целта е подобряване на здравната система в условията на продължаващата пандемия от COVID-19. В изпълнение на проекта се предвижда в 133 лечебни заведения чрез реконструкция, проектиране и



Министерство на
Здравеопазването

ремонтни дейности да бъдат обособени изолирани структури за лечение на пациенти със заразни заболявания, както и да им бъде осигурено медицинско и немедицинско оборудване за лечение на пациенти с COVID-19.

Лечебните заведения за болнична помощ са разпределени в три групи, като списъкът им е публикуван на сайта на МЗ. Болниците, предоставили в Министерството на здравеопазването своите инвестиционни предложения, са предвидени в проекта на МЗ. В изпълнение на проекта

ще бъдат осигурени медицинска апаратура и оборудване, необходими за лечението на граждани с COVID-19.

За интервенции в общински лечебни заведения проектът ще бъде изпълняван в партньорство между Министерство на здравеопазването, общините и съответните болници.

Проектното предложение на МЗ е по процедура BG16RFOP001-9.001 „Мерки за справяне с пандемията“, която се реализира в рамките на приоритетна ос 9 „Подкрепа за здравната система за справяне с кризи“. Процедурата е във връзка с въвеждането на специфични мерки за мобилизация на инвестициите в системата на здравеопазването в отговор на разпространението на COVID-19, по линия на инструмента REACT-EU. МЗ

IN MEMORIAM

БЛС ИЗКАЗВА СЪБОЛЕЗНОВАНИЯ НА СЕМЕЙСТВОТО, БЛИЗКИТЕ И КОЛЕГИТЕ НА Д-Р РАДИСЛАВ НАКОВ

12 ноември 2021 г.

Български лекарски съюз изказва своите дълбоки съболезнования на семейството, колегите и близките на д-р Радислав Накров – изключителен човек и лекар, отдаден на пациентите, медицината и науката.

Д-р Накров беше ярък пример за млад специалист с огромно желание за професионално израстване, пример за последователно следван път, пример затова как един млад човек трябва да пропътува своя път, независимо от трудностите, пред които го изправя животът.

Голямото семейство на българските лекари изгуби твърде рано един прекрасен млад лекар с голямо бъдеще в медицината и науката, изгуби добър приятел.

Д-р Радислав Накров завършва Медицински университет-София и имаше придобити специалности Гастроентерология и хепатология и Здравен мениджмънт. Той бе специалист гастроентеролог в София, експерт в областта на синдрома на раздразненото черво, функционалната диспепсия, възпалителните чревни заболявания.

Д-р Накров бе председател на Българско дружество по невро-

гастроентерология и мотилитет, председател на Асоциация на младите гастроентеролози в България. Освен това бе член на управителния съвет на Европейско обединение по гастроентерология- UEG, Европейско дружество по неврогастроентерология и мотилитет – ESNM и Европейската асоциация по гастроентерология, ендоскопия и хранене (EAGEN). Той бе председател и на Асоциацията на студентите медици в България.

Само преди седмици ръководен от него екип, разработил български проект за гайдлайн, спечели грант на UEG – United European Gastroenterology.

През годините д-р Накров, освен успехите си в гастроентерологията, създаде и разви единствената в България платформа, създадена от лекари за лекари – Medical News, която е основен партньор на БЛС в продължаващото медицинско обучение.

Тази година д-р Радислав Накров бе отличен с почетния знак на президента за постиженията си в областта на медицината.

Скъръбим за специалиста, лекаря, човека с голяма усмивка.

СВЕТЛА МУ ПАМЕТ!





БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

ПРОВЕЖДАНЕ НА 73-ТИЯ ИЗВЪНРЕДЕН СЪБОР НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

На заседание на Управителния съвет на БЛС от 02.11.2021 г. бе решено на 10.12.2021 г. (петък) в гр. Пловдив - зала „България“ на "Международен панаир Пловдив" да се проведе 73-тия извънреден Събор на Български лекарски съюз.

Началото на регистрацията на делегатите на Събора ще започне в 09:00 до 11:00 часа, а началото на Събора ще бъде обявено в 11:00 часа.

Съборът ще се проведе при следния дневен ред:

1. Отчет за финансовото изпълнение на бюджета до 30.11.2021 г. При-

емане на проектобюджет за 2022 г.

2. Представяне, обсъждане и гласуване на параметри за Анекс към НРД за медицинските дейности 2020-2022 за част ПИМП, СИМП, МДД и БМП.

3. Делегиране на права на 10-имата представители от Управителния съвет на БЛС за подписване/неподписване на Анекс към НРД за медицинските дейности 2020-2022.

4. Разни

Пълната информация за провеждането на Събора, резервации и ношувки на делегатите може да прочетете на www.blsbg.com.

ДЪРЖАВАТА ДА СЕ НАМЕСИ СПЕШНО ЗА ЗАДЪРЖАНЕ НА МЕДИЦИ ОТ ДЕФИЦИТНИ СПЕЦИАЛНОСТИ

Държавата трябва да се намеси спешно за задържане на медици от дефицитни за страната ни специалности - педиатрия, детска неврология, детска психиатрия, анестезиология, вирусология, съдебна медицина, спешна помощ, епидемиология и др. Това единодушно мнение изрази за БТА лекари от съответните специалности. Сред основните причини медиците да напускат системата и страната са - ниските възнаграждения, лошите условия на труд и затруднената специализация. Вероятно обаче специалността, която най-напред ще изчезне от България, е педиатрията, прогнозира проф. Атанас Темелков от Александровска болница.

В периода 2018 г. - 16 ноември 2021 г. Българският лекарски съюз /БЛС/ е издал общо 1565 удостоверения - сертификати за добра медицинска практика, на лекари, желаещи трайно или временно да работят в чужбина. Най-голям интерес лекарите проявяват към работа в Германия и Англия, посочиха от съсловната организация. Крайно време е държавата да обърне поглед към лекарите и професионалистите по здравни грижи, към целево финансиране на кадрите от дефицитните специалности, настоя председателят на БЛС д-р Иван Маджаров. "Ако подложим колегите на още малко натиск без да бъдат финансово осигурени, те няма да издържат да



чакат и да стоят тук заради структурни реформи, които една или друга политическа сила ще направи. Проблемите на системата няма да могат да бъдат решени, ако останем без персонал", допълни той.

Още информация по темата - на www.blsbg.com.

УДЪЛЖАВАНЕТО НА СРОКА НА ПРОТОКОЛИТЕ ЗА ЛЕКАРСТВА КРИЕ РИСКОВЕ ЗА ПАЦИЕНТИТЕ

19 ноември 2021 г.

Български лекарски съюз с тревога научи, че въпреки категоричното становище на Съсловната организация (публикувано на www.blsbg.com) и мнението на специалистите, че срокът на протоколите за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, заплащани напълно или частично от фонда не бива да бъде удължаван, Надзорният съвет на НЗОК е взел решение това да бъде направено.

Български лекарски съюз многократно е алармирал, че отпадането на необходимостта от посещение при лекуващия лекар от страна на пациентите за проследяване на състоянието им и удължаване на протоколите, чрез които се отпускат лекарства, крие сериозни рискове.

Безспорно редовният прием на предписаната терапия е важен, но ако не е съпроводен с контрол от страна на специалист, изследвания на точно определен период от време и корекция на лечението при необходимост, той може да



доведе до влошаване на здравословното състояние. Дори в условия на извънредна епидемична обстановка, каквато е налице у нас, този контрол не трябва да бъде нарушаван.

При предните вълни на епидемията вече бяхме свидетели на подобна практика. Последствията от нея обаче бяха крайно негативни. Възможността пациентът сам да си взема лекарствата от аптеката, заобикаляйки посещението при лекар, доведе до сериозно влошаване на хроничните заболявания на голяма част от нашите пациенти. Напомняме, че при издаване на протоколите на хронично болните пациенти се правят прегледи и изследвания за проследяване на състоянието им и повлияването от назначената тера-

пия, следят се критериите за продължаване на лечението. Неслучайно тези протоколи имат точно определени срокове, поставени от специалистите. Те са медицински обосновани и спазвайки ги се избягват усложнения, които могат да настъпят при по-продължителен прием на съответните медикаменти.

Това решение на Надзорния съвет на НЗОК е поредното грубо погаване на мнението и препоръките на специалистите, погаване на медицинската експертиза и то с мотива, че всичко това се прави в интерес на пациента. Твърдение, което категорично не отговаря на истината! А след него отговорността за здравословното състояние на хронично болните пациенти в България се носи от взелите това решение.

За пореден път предупреждаваме: Удължаването на срока на протоколите за лекарства крие сериозни рискове за пациентите! Недопустимо е предписаната терапия да не се съчетава с редовен контрол на състоянието и навременна корекция на лечението им!

Д-Р ИВАН МАДЖАРОВ:

ЛЕКАРИ, КОИТО ИЗДАВАТ ФАЛШИВИ COVID СЕРТИФИКАТИ ДА НЯМАТ ПРАВО ДА ЛЕКУВАТ

9 ноември 2021 г.



Българският лекарски съюз ще бъде безкомпромисен по отношение на лекарите, които издават фалшиви COVID сертификати. Това заяви председателят на БЛС д-р Иван Маджаров по време на Осмата годишна конференция на Капитал "Иновации и добри практики в здравния сектор".

"Ние от Лекарския съюз категорично заявяваме, че при доказан такъв случай, дори съдът още да не се е произнесъл с искане за отнемане на права, те ще бъдат отнети. Това не е обикновена фалшификация, това е нещо, което отнема правото на живот на други хора и когато се прави от лекар, той трябва да е наясно, че не може да практикува повече тази професия", категоричен бе д-р Маджаров. Той допълни, че отговорността на съсловната организация е да гаранти-

ра на обществото, че медици, които са се съгласили да издадат фалшиви сертификати, няма да направят същото например по друг случай, когато диагностицират и лекуват своите пациенти.

Председателят на БЛС коментира и темата на форума, свързана с иновативните практики в сферата на здравеопазването. Д-р Маджаров заяви, че се намираме на прага на една революция в сектора - дигиталната. Той даде за пример промените, които съсловната организация прави вече година и половина в тази посока като оптимизира своя Регистър, който ще бъде своеобразно "ядро" на бъдеща единна информационна система. Тази интелигентна система ще позволи обмен на данни в реално време и към нея могат да се присъединят различни институции, като министерства, университети, различни други организации.

ИСКАНИЯТА НА БЛС ЗА СПРАВЕДЛИВО РАЗПРЕДЕЛЯНЕ НА ИКОНОМИИТЕ ОТ ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИ ПЛАЩАНИЯ БЯХА ИЗПЪЛНЕНИ

11 ноември 2021 г.

Благодарение на общите усилия на Регионалните лекарски колегии и ръководството на Съсловната организация и след близо четиримесечна последователна работа и отстояването непреклонна позиция от страна на Български лекарски съюз за справедливо разпределяне на икономии от здравноосигурителни плащания, исканията на съсловието бяха изпълнени, а борбата увенчана с успех.

В крайна сметка: средствата, които са гласувани от Народното събрание в Бюджета на НЗОК за 2021 г. по отделните направления, ще бъдат изплатени на всеки участник без да се позволи прехвърлянето им в следващата година. Това е записано в подписаната на 11.11.2021 г. от Български лекарски съюз и Надзорния съвет на здравната каса Методика за разпределяне на оставащите средства за здравноосигу-

рителни плащания към края на годината на изпълнителите от първична и специализирана извънболнична помощ.

Принципът, заложен в Методиката, е базиран на извършената дейност от всеки изпълнител в извънболнична помощ от началото на годината до края на месец ноември.

Разпределянето на средствата става чрез комплексен подход, при който е дадена различна тежест на дейностите, извършвани в първичната и специализирана извънболнична помощ, в съответствие с приоритетите, по които работи здравната система към момента. Призоваваме всички колеги, лекари, внимателно да се запознаят със сроковете в настоящата Методика, за да имат готовност да реагират своевременно и да получат полагащите им се средства.

Подробно разписаната Методика и тежестта на отделните коефициенти - на www.blsbg.com.

МЛАДИТЕ ЛЕКАРИ, РАБОТЕЩИ В COVID СТРУКТУРИ, ИМАТ ПРАВО НА ЗАЧИСЛЯВАНЕ ЗА СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ НА МЯСТОТО, КЪДЕТО РАБОТЯТ, БЕЗ ДА БЪДЕ ПРОВЕЖДАН КОНКУРС

Създава се възможност за времето на обявената извънредна епидемична обстановка и два месеца след нейната отмяна лекарите, които работят в структури, осъществяващи лечение на пациенти с COVID-19, да получат правото да бъдат зачислени за специализация на мястото, където работят (в случаите, когато работят в база за обучение по съответната специалност), без да е необходимо провеждането на конкурс. Това става възможно с Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 1 от 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, приета от ръководството на Министерството на здравеопазването и изпратена за обнародване в Държавен вестник.

Лекарите ще могат да се обучават за придобиване на специалност Анестезиология и интензивно лечение, ако работят в клиника или отделение по анестезиология и интензивно лечение, осъществяващи лечение на пациенти с COVID-



19, или за придобиване на специалност Инфекциозни болести, Вътрешни болести или Пневмология и фтизиатрия, ако работят в клиника или отделение, осъществяващи лечение на пациенти с COVID-19. Срокът за започване на специализацията им ще бъде съкратен, тъй като отпада изискването за провеждане на конкурс.

По този начин повече лекари ще бъдат привлечени и мотивирани да

работят в COVID структурите чрез облекчаване на достъпа им до специализация. Целта е на тези лекари да бъде оказана подкрепа чрез осигуряване на условия за професионално развитие и чрез даването на възможност за финансиране на обучението им от държавата. Това ще допринесе и за задоволяване, в по-голяма степен, на потребностите на населението от специалисти.

Д-р Бейти Насуф:

ЩЕ ПРОМЕНИШ СЕБЕ СИ, КОГАТО СЕ НАУЧИШ ДА ВИЖДАШ ПРЕЗ ОЧИТЕ НА ДРУГИТЕ

Навърх професионалният празник на всички български медици, Български лекарски съюз връчи своите традиционни награди „Лекар на годината“. Тази година най-много са отличените в категорията на младите медицински надежди - „Ти си нашето бъдеще“. Сред наградените в нея е д-р Бейти Насуф - специалист и лекар в отделението по Пулмология и фтизиатрия в МБАЛ - Силистра.

Завършилият в Пловдив медик избира да се върне в родния си град, за да помага на болните там. Откроява се със своята активна позиция по обществено наболелите теми и желанието си за промяна в здравната система. Трудно отделя време за интервю, като намира такова след поредното тежко дежурство в Covid отделението на болницата.

„Поредният ужасен ден. Трудно овладяваме ситуацията - изписваме, приемаме, препращаме в други болници. Снощи бяха свършили местата тук. Някои пациенти са чакали в Спешното цяла вечер, за да ги приемат. Много е трудно. Отворихме нова Covid структура, която за отрицателно време също се напълни“, разказва лекарят.

Споделя, че сред населението царя огромна доза страх и има хора, които, въпреки че не са в критично състояние, настояват да влязат в болница. За него също е добре да има поглед над пациентите преди състоянието им да се влоши, но за съжаление, няма достатъчно легла за всички нуждаещи се.

„Делта вариантът не признава нищо. Млади с такава патология, такива рентгенови изображения на белите дробове не сме виждали. Тези пациенти се възстановяват много по-трудно. Трудно се овладява болестта“, признава той.

Призив: „Ваксинирайте се!“

Недотам добрата информационна кампания и дезинформацията, свързана с ваксините - за д-р Насуф тези два фактора са основните виновници, за да се намираме в толкова тежка Covid обстановка.

„Хората се объркаха. В един момент здравният министър излиза и казва „Ваксинирайте се!“, в следващия момент една недотам важна, но провокативна личност излиза и започва да говори срещу ваксините. Вследствие на това хората започват да се съмняват. Ние сме много назад по отношение на ваксинационния процес, а именно с ваксинационната ситуацията можеше да бъде овладяна“, заявява младият лекар.

Той пояснява, че много малка част от ваксинираните пациенти стигали до пулмоналната фаза на заболяването, а в повечето случаи имунизирани се възстановявали за по-малко от 5 дни след началото на инфекцията.

„Да не говорим за интензивно



отделение и смърт. До там стигат масово неваксинирани - питаме ги защо? - Ами страх ни беше, ама сега не може ли?

- Еми не може сега - болен си вече“, казва д-р Насуф. По думите му много хора се информират от непроверени източници вместо от личните си лекари и хората, които работят в Covid отделението. „Тези хора, които се колебаят какво да правят, ако биха послушали мен, бих им казал - „Ваксинирайте се!“ Точка. За да има спасени животи. Ваксината пази, ваксината действа. Върши работа. Не се стига до пулмонална фаза на заболяването - то протича много по-леко. Може би ако имахме 70-80% ваксинирани, даже и повече - защото имахме тази възможност, болниците нямаше да са пълни“, казва специалистът.

Медицината като единствен избор

Д-р Бейти Насуф започва своята специализация в пневмофтизиатричното отделение на МБАЛ - Силистра преди Covid-19 да завладее света. Остава там, тъй като е спечелен от екипа, който го посреща. Когато пандемията навлиза в България, той се оказва на точното място, в точното време, за да може да помага.

„Лошото е, че Covid-19 някак измести нашите пулмологични пациенти, които са с хронични белодробни заболявания. Тези пациенти някак останаха в периферията и не могат да си получат адекватното лечение от нас пулмолозите. В един момент това ще се окаже голям проблем за цялата здравна система, но в момента Ковид пациентите са много и трябва да откликваме на тях“, разяснява лекарят.

Пандемията, която ни научи на човечност

Човешката болка в огромни количества е нещо, което учи да се

поставяме на мястото на останалите и да бъдем по-добри, категоричен е д-р Насуф.

„Постепенно се научихме да приемаме гнева, страха, недоволството на хората. Да го разбираме и да не отреагираме така, както реагираш те, а да се опитаме да проявим разбиране. Да опитаме да работим за разрешаване на проблема, а не да влизаме в конфликт с пациента, защото конфликтите губят ценно време“, казва медикът. Заедно със съпругата си, която също е лекар, в хода на четвъртата вълна на пандемията, те застават на първа линия, за да помагат денонощно на пациентите, които имат нужда от тях. Именно семейният уют се оказва най-голямата жертва в създалата се обстановка.

„Изказвам огромната си благодарност към родителите ми, които с месеци се грижат за детето ни. Ужасно много ни боли, че не можем да се виждаме нито с тях, нито с детето. Изпускаме толкова съществени моменти от неговото развитие. Но може ли някой да ми каже кое е по-правилно - да помагам на хората в нужда или да си гледам семейството?“, пита се д-р Насуф като признава, че често е бил критикуван за решението си да се отдели от семейството си, за да помага на пациентите в Covid отделението.

„Всеки ти дава акъл: Ще съжаляваш за това, което правиш. Работиш 36 часа без почивка, а си си оставил детето. Какво мога да направя?

Как да си зарежа всичко в болницата - съвместно ми е. Пациентите и директорът на болницата разчитат на нас. А колкото до болката, че ми липсва детето ми, ако тръгна да говоря за нея, няма да ми стигне цял ден“, признава лекарят.

Неотложните реформи в здравната система

Въпреки трудностите, д-р

Насуф никога не е съжалявал, че е избрал медицината за своя професия, не може да си представи да прави друго. Дори когато си вземе отпуск, на втория ден болницата му липсва, защото... просто е от хората, които обичат работата си.

Все пак е категоричен, за да може повече млади лекари да избират работа в България е нужно да бъдат направени сериозни промени в здравния сектор. „Разликата между болниците в по-малките населени места и големите градове е огромна - като започнем от материална база, заплащане, възраст на персонала. Тук в нашия край персоналет е застаряващ, особено когато става дума за медицинските сестри. А медицинските сестри са гръбнакът на една болница. Повечето сестри работят тук не защото им трябва пари, а защото им е съвместно. Те едва успяват да покрият графика на болницата“, разказва лекарят.

По думите на д-р Насуф капацитетът и качеството на работата на един лекар зависи основно от медицинските сестри, с които той работи. Затова медикът вярва, че е изключително важно да се инвестира повече в развитието на тази специалност, за да може все повече хора да искат я работят тук в България. „Не може един касиер да взема повече от един лекар, сестра или санитар. Нека и касиерът да взема повече, но материалното удовлетворение на едно медицинско лице му дава възможност да се реализира максимално в работата си, а не да мисли за битовизми като наем, кредит или ремонт на колата“, заявява д-р Насуф.

Според лекаря болниците като тази в Силистра предоставят добри възможности за реализация на младите лекари, но все още има какво да се желае откъм материална база.

„Пак стигаме до въпроса за финансирането на болниците. Трябва да се дават повече пари за лечебните заведения, за да се направи това, което го има в другите страни - чисти големи болници с добра материална база. Аз искам да работя в такова място

също. Най-големият приоритет обаче трябва да бъде задържането на младите лекари у нас, защото, ако това не се направи сега, след време няма да има кой да работи в нашите болници. Този процес с масовото изтичане на кадри трябва да спре“, заявява д-р Насуф.

Разказва, че е получил безброй предложения за работа както в чужбина, така и от болници в по-големите градове. Със съпругата му обаче искали да останат в Силистра, за да лекуват пациентите тук.

„Нали отнякъде трябва да започне тази промяна. Тук има достатъчно фактори за добра реализация. Над 80% от моя випуск обаче избраха реализацията зад граница. Може и да живеят по-добре. Аз обаче се чувствам по-полезен тук, в Силистра. А не можем да кажем, че промяната не е в ход. В нашето лечебно заведение например много се гордеем с инвазивната кардиология, която имаме от скоро и централния кислороден концентратор“, заявява лекарят.

С надежди за по-добро бъдеще

Наградата „Ти си нашето бъдеще“ изненадва приятно д-р Насуф. Той я приема като огромно призвание, което по думите му заслужават най-вече близките му.

„Много се зарадвах най-вече за своите близки, защото това, което правим - престижът, който гоним, не е за нас, а за нашите родители, които толкова много са инвестирали в нас. В частност в мен. Държа да отбележа, че те са хората, които са на първа линия не защото са лекари, а защото гледат моето дете и благодарение на това аз и моята жена можем да се грижим за Covid болните тук“, казва лекарят и си пожелава колкото и тежки дни да предстоят, скоро да се завърне към споделеното време с близките си и следобедните семейни разходки.

Интервю на Милена Енчева



ПРОФ. Д-Р СИЛВИ ГЕОРГИЕВ:

ТАЗИ НАГРАДА ЩЕ Я НОСЯ В СЪРЦЕТО СИ, ДОКАТО СЪМ ЖИВ

Проф. д-р Силви Георгиев, д.м. се дипломира в Медицинска академия - София през 1987 г. От 1995 г. има призната специалност по Анестезиология и реанимация (понастоящем Анестезиология и интензивно лечение). През 2003 г. придобива образователната и научна степен „доктор“, през 2005 г. става доцент, а от 2011 г. е професор.

Кариерата на д-р С. Георгиев започва като участък терапевт по разпределение в с. Горна Малина. От 1988 г. е назначен като ординатор-анестезиолог в Общинска болница - гр. Радомир. От 1988 г. до 1998 г. е последователно асистент, стари и главен асистент в МУ-София, Катедра по анестезиология и интензивно лечение, Клиника по анестезиология и интензивно лечение на СБАЛАГ „Майчин дом“, където работи до миналата година. От 2008 г. е ръководител на Катедрата по анестезиология и интензивно лечение на МУ, МФ - София, а от 2009 г. е началник Клиника по Анестезиология и интензивно лечение към СБАЛАГ „Майчин дом“ ЕАД. Четири години е зам.-декан на МФ към МУ - София, а в момента е началник ОАИЛ към САГБАЛ „Д-р Щерев“ ЕООД.

Научната и преподавателска дейност на проф. Георгиев са насочени към развитието на специалността „Анестезиология и интензивно лечение“ в направленията: приложение в клиничната практика на нови неинвазивни методи за мониториране на сърдечносъдовата система (трансезофагеален ехо-Доплер); методи за мониториране на белодробната функция по време на анестезия; клинични проучвания върху нови анестетици и опиоидни аналгетици; приложение в клиничната практика на нови пособия за обща анестезия и като подход при трудна интубация; утвърждаване в клиничната практика на фибробронхоскопията за приложение от анестезиолога, като метод на подход при трудна интубация в условията на планова или спешна оперативна дейност; адаптиране на алгоритми на поведение при трудна интубация и др.

Проф. Георгиев е автор на 2 монографии, 1 учебник за студенти по медицина, съавтор на няколко учебника и наръчници в анестезиологията, хирургията и акушерството и гинекологията. Автор е на 78 научни публикации. Благодарение на научната дейност и усилията на проф. С. Георгиев СБАЛАГ „Майчин дом“ ЕАД е първата болница в страната, в която е въведена неинвазивната белодробна вентилация.

Проф. Силви Георгиев е дългогодишен председател на държавна изпитна комисия по специалността „Анестезиология и интензивно лечение“. Създател е на специалността „Анестезиология и интензивни грижи“ за мед. сестри и акушерки. Бил е Национален консултант по специалността към МЗ. Член е на няколко национални и международни научни дружества и организации.

Тази година проф. Силви Георгиев, д.м. получи награда от БЛС в категория „Принос за развитието и прилагане на иновативна медицина“ в рамките на ежегодните награди „Лекар на годината“. С проф. Георгиев разговаряме за достиженията в областта на анестезиологията и интензивното лечение и как те са позиционирани в България.

Проф. Георгиев, какво е за Вас наградата, която получихте от БЛС?

- Действително неотдавна получих такава награда. На първо място това много ме изненада, защото научих за нея в деня преди връчването й. Когато се поинтересувах, разбрах, че съм бил номиниран от инициативна група от колеги в моята специалност, които познават моето кариерно развитие и научни интереси, и аз съм им много признателен. Това е жест, който ме развълнува много дълбоко и много приятно.

Какво означава за мен... Аз съм прехвърлил зенита на моята кариера - имам предвид възрастово. Номиницията ми е резултат от продължителни усилия - от дадох се 100% на тази специалност, никога не съм искал да се занимавам с нищо друго. Затова още в началото на лекарската ми практика съм търсил целенасочено новостите и достиженията в нея. Така беше и с първата ми специализация - имах възможност да специализирам в най-големия болничен ком-

плекс в Европа „Pitie-Salpetriere“ - Париж, Франция. Там още в началото ми направи впечатление колко много се държи на съвременното въвеждане на новостите в реалната практика. Тогава формулирах за себе си една „златна триада от възможности“, които трябва да овладявам и развивам във времето - (1) мониторирането на хемодинамиката с трансезофагеален ехо-Доплер, (2) овладяването на алтернативите за поемане на дихателните пътища, (3) продължителните, компютърно контролирани инфузии на медикаменти - по-конкретно анестетици и опиоидни аналгетици, както и мускулни релаксанти. Трите неща - и тогава, и сега, са шлагер. В една критична ситуация в операционната зала, неинвазивният мониторинг доминира, да, но донякъде. Неговата най-завършваща част по отношение на хемодинамиката е трансезофагеалният Ехо-доплер. Това отвари възможност за интерпретирането на много по-широк кръг от показатели, които ни дават подробна информация за пациент в критично състояние. Второто направление, и един от най-рисковите моменти при нас, е овладяването на дихателните пътища - при пациенти с трудни или усложнени дихателни пътища. Като първопричина тук са анатомо-функционални особености и всичко това в съчетание с фактора спешност - хем имаме трудности с овладяване на дихателната функция, на дихателните пътища, хем факторът време ни притиска. Относно третото направление - то е изключително подходящо за научно приложение, защото по предварителни математични модели, основани на антропометрични данни за пациента, се моделират плазмени концентрации, които трябва да бъдат постигнати и поддържани за период от време и всичко това става с помощта на компютърното им контролиране. Т.е. чрез компютър се контролират инфузионните помпи, с които се подава към пациента напр. анестетик или друг препарат. Това е едно направление, което е изключително подходящо за „изработване“ на наука. Днес това е най-достоевният метод.

И сега се връщам към въпроса Ви за наградата - благодаря сърдечно на инициативната група от колеги. Тази награда ще я нося в сърцето си докато съм жив. Иначе една награда в нашата професия никога не може да е персонална - тя е винаги част от колективна работа. Затова благодаря на множеството колеги, с които сме работили заедно през годините и сме се подкрепяли.

Проф. Георгиев, казахте, че второто направление - овладяването на дихателните пътища - е един от най-рисковите моменти и споменахте за алтернативите за това. Разкажете повече за тях.

- Чудесен въпрос, който вълнува особено много анестезиологичното съсловие, защото това е водеща трудност при някои случаи, тъй като може да настъпи сериозна, животозастрашаваща криза в състоянието на пациента. В началото беше въвеждането в практиката на ларингеалната маска. Това беше революция в овладяването на дихателните пътища. До тогава нещата се случваха основно между две техники - обдишване с класическа лицева маска и ендотрахеална интубация. Именно поставянето на междинно пособие между двете техники даде началото на революционна тенденция, която се разгръна в годините след това. След ларингеалната маска дойдоха и пособия, с които чрез подобна маска може да се интубира трахеята. Освен това пособията се разделиха на две групи, тъй като станаха множество на брой. Развиха се нюанси на прототипа. Разделиха се на супраглотици и инфраглотици. По този начин все по-авангардно и все по-сигурно се поемаше дихателната функция на пациента. Оказа се, че съвсем не е толкова императивно наложително, или поне невинно, трахеята да бъде непременно интубирана. Нещо повече - към тези техники се добави и възможността да се прилага фиброскопски асистирана техника през тях - през ларингеалната маска напр. или през ларингеална тръба. По този начин силно се измениха алгори-



тите при трудна интубация. Сега вече можем да говорим за няколко направления на тези алгоритми, а не само за един. И точно в това е огромната полза - когато си лимитиран само до едно-две неща, възможностите се изчерпват много бързо. Сега има множество алтернативи на разположение на анестезиолога, което повишава сигурността за пациента и точно това направление - алтернативите на дихателните пътища - мен ме занимава от много години - от 1992 г. до днес. Развитие то на алтернативите за поемане и овладяване на дихателните пътища поставих и в Програмата за обучение по анестезиология и интензивно лечение, като въведох специализиран авторски курс на тази тема и освен това, това направление беше предмет на моя втори реабилитационен труд, който е озаглавен „Трудна интубация“. Там са развити всички известни до момента в света алтернативни пособия за овладяване на дихателните пътища.

Заговорихме за техническото оборудване. Къде стои страната ни в това отношение?

- Ще бъда напълно откровен. Положението е приблизително еднакво от много време. Дано греша, но подозирам, че и близкото бъдеще няма да предложи нещо различно - ще продължи да бъде недостатъчно апаратурното обезпечаване на нашата специалност. То остава привилегия на университетските болници, защото там е „ковачницата“ за наука, но... и там е недостатъчно. През годините, в които бях ръководител на Катедрата по анестезиология в МУ-София, съм воювал за всеки апарат. Разбира се, не самоцелно, а със съответните доказателства - именно затова - за да се продуцира съвременна наука и чрез нея да се въвеждат много добре изработени практически протоколи за работа. Има какво да се желае, определено. Но да се посочат определено място сред останалите европейски държави не е лесна задача. Мога да сведа отговора си до специалността ми в областта на АГ. Мога уверено да кажа, че нивото е напълно съизмеримо с европейското - по вид на прилаганите техники, по медикаментозно обезпечаване, апаратурното осигуряване. Това е отдавнашна традиция в тази сфера на дейност. Т.е. майчиното и детското здравеопазване са добре обезпечени. В тази сфера въведох в България и ехографията. Беше защитен и първият дисертационен труд.

Има ли интерес у бъдещите лекари към специалността? Ковид ситуацията очерта една фрапираща липса на кадри.

- На този въпрос аз отговарям периодично през годините. За съжаление, отговорът си остава един и същ. Регистрираме недостатъчен интерес у новозавършващите лекари, аз го определям като „подбазов“ - като необходимост от съответна кадрова обезпеченост в тази специалност и то в национален мащаб. Големите болници и големите градове не са представителни извадки за ситуацията в страната. В годините нещата се задълбочиха. Вече е налице недостатъчна обезпеченост дори в големите ни болници, в т.ч. и университетски. Почти няма болница, в която да няма 3-4 свободни щата за анестезиолози. Вие повдигате един страшно важен въпрос. Не спирам да се озадачавам защо през годините проблемът се negliжира. Лично аз съм писал няколко пъти доклади до МЗ с подробен анализ и кон-

цепции как да се подходи към проблема. Пълна пасивност отсрещу. В името на истината, в подобна ситуация си са и други медицински специалности, т.е. държавата трябва да има навременна политика как да ги обезпечи и да предотврати очаквания срив. Срив, който сега, в условията на пандемия, изпъкна особено ярко. Отново подчертавам, че този въпрос изисква спешни мерки. Обръщам се към властите - излязоха сериозни публикации и издания, с обем на книги, озаглавени „Демография на анестезиологичната специалност“. Анализът в тях започва от световен мащаб, за да стигне до национални. Аз имам 2 такива издания. Осце един пример - в Румъния действа правителствен декрет за укрепване на анестезиологичната специалност. Такива неща ние тук

нямаме - като проектомерки, като разписани вече мерки, прогноза на тенденцията и пр.

Т.е. проблемът с кадрите съществува в много държави?

- Да, в световен мащаб е проблемът. Осце в края на 90-те години повечето държави регистрираха тенденцията за отлив от специалността. Тук трябва да кажем, че те бяха подпомогнати от разширяването на ЕС и включването в него на бившите соц. държави. Този отворен пазар на труда облекчи кризата в техните държави. При нас нямаше как това да се случи по обективни причини. В западните държави кризата е абсолютно пермисивна в годините, докато при нас кризата е тежка.

Знаете ли на какво се дължи тази тенденция специално в България според Вас?

- Тук се съчетават две неща с редица производни. На първо място е недостатъчното заплащане на тези специалисти. Много моля тук никой да не ме упреква, че започвам с това! В условията на работа в търговски дружества в групата на хирургичните специалности, където попада анестезиологията и интензивното лечение, се получи широко отворена ножица в заплащането на хирурзите и анестезиолозите. Тук отварям една скоба - заплащането по време на презоперативния период и ангажиментът към пациента в това време е екипен и не може да бъде разделен. Ние едни без други не можем. В следоперативния период тежестта пада основно върху нас, не изцяло, но основно, обаче ножицата продължава да стои широко отворена. Младите хора, които избират медицината, инвестират в едно много продължително следване. То отдавна не е 6 години, а 6, 5 г., следва период на овладяване на специалност и придобиването й. Най-рано може да се очаква начало на възвръщаемост след 11-ата година. Колко хора биха се лишили от друг вид доходност за това време или да имат това търпение? Затова започвам с финансовата страна. Нормално е всеки млад човек да си прави планове за бъдещето - не само за образованието си, но и за финансовото си обезпечаване. Нерядко се налага да обригива, освен себе си, и други членове на фамилията. На следващо място идва апаратурното обезпечаване на специалността. Negliжира се техническата осигуреност. Оттам насетне се отива към една известна елементарност и шаблонен подход. Веднага давам пример с ехографията. В множество на брой медицински специалности ехографите отдавна са на разположение - те са широкодостъпни за всеки един специалист. В нашата специалност това се случува с огромно закъснение. В България конкретно ехографията едва прохода! Освен това отдавна са създадени ехографски апарати със специализиран анестезиологичен софтуер, т.е. те са предназначени основно за тази специалност. Това е доказателство към моите думи, че те трябва да присъстват в нашата практика. Отнесено към един предходен въпрос напр. е ехографската оценка на трудни дихателни пътища. Много примери могат да се изброят. По този начин се повишава качеството на обслужване на пациента, което пряко се отнася и към неговата безопасност.

Интервю на Георги Радев

Доц. д-р Николай Цонев: Диагностиката на пациентите с онкологични заболявания закъсня заради пандемията



Доц. д-р Николай Цонев, д.м. е ръководител на Клиниката по медицинска онкология в УМБАЛ „Света Марина“ – Варна. През 2009 г. е дипломира като лекар в МУ – Варна, специалност „Медицина“. От 2015 г. има призната специалност – „Медицинска онкология“. През 2014 г. е назначен като хоноруван асистент в катедра „Пропedeutика на вътрешните болести“ към Медицински университет – Варна, от 2017 г. е редовен асистент, а от 2018 г. е доцент към същата катедра. Член е на ESMO (European Society for Medical Oncology), ASCO (American Society of Clinical Oncology) и е индексирал автор на J-Stage (Japan science and technology information aggregator).

Д-р Цонев, по повод зминалия месец за борба с рака на белите дробове, колко разпространено у нас е това заболяване?

Новооткритите случаи на белодробен карцином са около 4200 годишно.

Къде стои България по този показател спрямо останалите европейски страни?

Развитите държави, сред които попада и България, регистрират по-висока честота на заболяването. При нас тя е сходна с тази в ЕС, но за съжаление, над 70% от новооткритите пациенти са в крайните стадии на заболяването.

На какво отговаря този факт?

От една страна в България самата култура на пациентите е малко по-различна в сравнение с останалите Западни страни. Пациентите много късно отиват на преглед, negliжират симптомите, които са предшественици на заболяването. От друга страна в България няма про-

филактика и скринингова програма за рак на белия дроб, която би спомогнала за откриването на карцинома в по-ранен стадий.

Какви най-често са симптомите за наличие на подобен проблем?

Симптомите в ранните стадии са нехарактерни, ако изобщо ги има. Все пак сред тях има такива, които могат да бъдат приемани като алармирани. Например появата на хронична кашлица, която не променя характера си дълго време. Това не е задължително да бъде онкологично заболяване, защото може да бъде израз на един хроничен бронхит, но все пак е добре той да бъде проследен. Страстните пушачи, които имат сутрешна кашлица сами могат да забележат, че нейния характер например се променя. Загубата на тегло или кърватите жили в храчките също могат да бъдат симптоми. Всичко това трябва да ни каже, че максимално бързо трябва да осъществим контакт с

лекар.

Кои са най-честите причинители на рак на белия дроб?
Тютюнопушенето е водеща причина за образуване на рак на белия дроб – независимо дали е активно или пасивно. То увеличава 13 пъти риска за развитието на болестта. Не трябва да забравяме замърсеността, не само професионалната, а и тази в градска среда. За съжаление, около 10-15% от пациентите имат и генетични фактори, които не зависят толкова от външните такива.

Как се избира на какво лечение да се наложи при рак на белия дроб?

Лечението зависи както от стадия на заболяването, така и от много други фактори като например какъв е хистологичният вид на тумора – дребноклетъчен или недребноклетъчен. Дребноклетъчният е агресивен, обикновено свързан с тютюнопушенето. Недребноклетъчният карцином пък има много подвидове. На базата на всичко изброено, заедно с определени предиктивни биомаркери, информацията за други придружаващи заболявания и желанието на пациента, ние решаваме на каква стратегия на лечение да заложим. В нейната основа стои т.нар. персонализирана медицина.

На какви подходи разчитате за диагностика на рака на белия дроб?

За съжаление, в епохата на коронавируса всички звена, които са свързани с ранната диагностика и като цяло с диагностиката на рака на белия дроб, са ангажирани основно с

борба с Covid, което води до едно забавяне на тези пациенти. Особено пациентите, които трябва да се диагностицират сега. От друга страна, често симптомите на онкологичните заболявания са замаскирани от тези на Covid, които затруднява допълнително поставянето на диагноза.

Кога ще видим реалния резултат от това забавяне заради Covid?

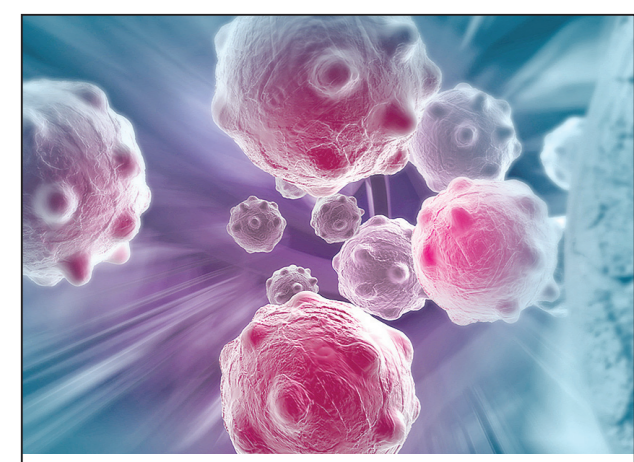
Ние вече го виждаме, въпреки че не разполагаме с такава статистика. Новите пациентите с онкологични заболявания, които се представят пред комисия, са в напреднали стадии, в тежко и увредено състояние.

Какво бихте казали на пациентите с белодробен карцином, които към този момент отлагат ваксинация?

Според американските и европейските стандарти пациентите с онкологични заболявания са приоритетна група за ваксинация, която изпреварва тази на възрастните пациенти, като стандартите казват и кога е подходящият момент за ваксинация в зависимост от прилаганото лечение.

Как бихте апелирали хората, които отлагат консултация с лекар?

Да върват на лекарите, да върват на стандартите за лечение. Всяко заболяване, открито по-рано, се лекува по-лесно и лечението дава много по-добри резултати. И последният ми апел е към всички хора: *Ваксинарийте се, за да можем по-бързо да се върне нормалния си начин на живот!*



Българските пациенти имат достъп до иновативни терапии в областта на онкологията, но не и до палиативни грижи, а средствата на НЗОК се изразходват неефективно. Това показват изводите от анкетата, която „Индекс на болниците“ и Sat Health проведоха сред медицинските специалисти в 25 от всички 38 лечебни заведения по онкология в страната през тази година.

Достъп до иновативно лечение

Българските пациенти получават модерно лекарствено лечение на онкологичните заболявания, показват резултатите от допитването. Една трета от анкетиранияте онколози заявяват, че нямат пациенти, които имат нужда от иновативно лечение, но не го получават. Повече от половината лекари са на мнение, че едва 10% от пациентите им нямат достъп до иновативната терапия. По-малко от една пета са специалистите, които смятат, че имат пациенти с нужда от иновативна терапия, която не могат да им осигурят.

Навлизане на иновациите

70% от онколозите, които са взели участие в анкетата, смятат, че няма забавяне в навлизането на иновативните медикаменти в страната ни. Според останалата една трета обаче съществуват някои спънки, които понякога пречат на навременното осигуряване на лекарствата. Сред тях са търговците, които болниците трябва да проведат, за да си купят медикаментите, организационни и административни проблеми в лечебните заведения, както и липсата на реномбрация за някои лекарства.

Резултат от иновативните терапии

По-голямата част от специалистите смятат, че приложенето на иновативни терапии подобрява резултата от лечението на пациен-

67% от онколозите смятат, че нямаме палиативни грижи

Пациентите имат достъп до иновации в онкологията, но средствата на НЗОК се изразходват неефективно, показва анкета на „Индекс на болниците“ и Sat Health

Според половината от анкетиранияте онколози по-добър ефект иновациите имат в 70% от случаите. Според 7% от специалистите таргетните и имуноотерапевтичните имат положителен ефект при всички пациенти, а според 4% от онколозите – при по-малко от една трета от пациентите. Иновативните терапии обаче не са панacea. Според една трета от лекарите има случаи, при които те нямат терапевтична стойност. Сред тези диагнози медиците посочват карцинома на глатата и шията, дребноклетъчния карцином на белия дроб, остра миелоидна левкемия, Т-клетъчните лимфоми.

ИНОВАЦИИ И ПРОДЪЛЖИТЕЛНОСТ НА ЖИВОТА

Карцином на гърдата

Според 60% от анкетиранияте специалисти иновациите удължават живота с пет и повече години при рака на гърдата, а според 7% те водят до удължаване на живота на пациентите с месец до година. Онколозите не са единодушни и по отношение на това дали всички иновации имат еднаква стойност. По-малко от половината анкетирания – 45%, смятат, че над 70% от модерните терапии удължават живота с пет години при тази диагноза.

Карцином на белия дроб

Една пета от анкетиранияте онколози смятат, че при тази диагноза иновациите водят до увеличаване на живота с 5 години, повече от половината специалисти са на мнение, че преживяемостта се увеличава с месец до две години. 48% от медиците смятат, че много малка част от модерните лекарства в тази сфера – до една десета от всички, които се употребяват, водят до удължаване на живота на пациентите с рак на белия дроб с 5 години.

Колоректален карцином

Една трета от анкетиранияте онколози смятат, че иновациите в тази сфера удължават живота с три години, 30% – с пет и повече години, а една пета от специалистите са на мнение, че удължаването на живота при тези пациенти е от месец до две години.

Карцином на простата

При тази локация 63% от анкетиранияте лекари са на мнение, че иновациите удължават живота с пет и повече години, а 7% – с месец до година.

Карцином на яйчниците

При рака на яйчниците 44% от анкетиранияте онколози са убедени, че продължителността на живота се увеличава с 2 или 3 години, а 15% с месец до година.

Карцином на панкреаса

Основната част от специалистите – 63%, са на мнение, че иновациите удължават живота при тази локация с месец до година, а останалите с две до три години. Според 59% от онколозите липсват модерни терапии в тази област, които да удължават живота с пет години.

Карцином на черния дроб

И тук основната част от лекарите – 56%, смятат, че иновативните

ПРОФ. Д-Р АСЕН ДУДОВ:

ЕВРОПЕЙСКИЯТ РАКОВ ПЛАН Е ПОСЛЕДНАТА НИ ВЪЗМОЖНОСТ ДА СЕ НАРЕДИМ СРЕД СТРАНИТЕ, КОИТО УСПЕШНО ЛЕКУВАТ ОНКОБОЛНИТЕ СИ

Проф. Дудов, в какво се изразява Европейският противораков план, към който страната ни се цели?

Европейският противораков план, който трябва да се въведе в България, има четири основни стълба. Първият от тях е ранна диагностика и профилактика, което означава ние да се предпазваме от рака и да въведем скринингови програми в България, които в момента няма. Имаше един, за съжаление, по-скоро подигравателен опит за подобно нещо, наречен „Спри и се прегледай!“

Вторият основен стълб на Европейския противораков план е свързан с иновативна диагностика и иновативно лечение, т.е. достъп на страната до иновациите. За тези първи два стълба ние трябва да предоставим информацията за възможностите, които има България.

Европейският противораков план беше обявен на 3-ти февруари 2021 г. и на практика сега започва да се реализира в страните членки. Ние сме подготвили информацията за това каква обезпеченост имат възможностите за развитие на скрининг на млечната жлезе, маточната шийка и това, което още се изисква от администрацията на Еврокомисария по здравеопазването, е информацията за възможностите за скрининг на рака на дебелото черво.

За съжаление не е много лесно да се подготви тази информация, тъй като у нас има основни липси. Хубавото е, че страни като нашата, които са в неравностойно положение, могат да кандидатстват, за да бъдат обезпечавани както откъм квалификация на кадрите, така и чисто материално – откъм апаратура за скрининг.

Ние имаме прекрسانی специалисти и е време наистина, спазвайки правилата на Европейския противораков план, да въведем скрининга на тези първи локализации в страната, след като, разбира се, получим помощта на Европейската комисия и Европейския съюз в тези области, в които имаме недостатъчно обезпечаване.

А според мен по-важното в скрининга е да имаме и една логистика, която да помогне той да се случи. Като казвам логистика имам предвид ясно и точно използване на разписанието кой и на какви възрастови интервали провежда скрининговите програми.

Предвижда се и разширяването на скрининга с още няколко локализации на рака – пресяване на хората, при които ще бъде търсен рак на стомаха и рак на белия дроб.

За пръв път тази година именно Европейският противораков план



Проф. д-р Асен Дудов, д.м. е началник на Клиниката по Медицинска онкология към „Аджибадем Сити клиник УМБАЛ Младост“, медицински директор на лечебното заведение и председател на Българското онкологично научно дружество. Специализирал е в Saint John's College, University of Oxford, Великобритания; Institut Jules Bordet, Belgiz; Thoraxklinik Heidelberg, Германия; Gustave Rossy Institute, Франция; San Francisco Comprehensive Cancer Center, САЩ; Harvard Medical School, САЩ; Massachusetts General Hospital, САЩ; MD Anderson Cancer Center, САЩ.

определи борбата с рака като водещ приоритет в европейското здравеопазване. До 2035 г. болестта отдавна ще е изместила мозчните и сърдечносъдовите заболявания по смъртност.

Какво се изисква от страната ни, за да се възползваме от възможностите, които предоставя планът?

За да може Европа да бъде с нас и да се възползваме от възможностите, които планът дава, следва Министерството на здравеопазването като държавната структура, която ни представлява в областта на здравеопазването, да даде официално тази информация. Освен работната група, която се сформира към министерството, ние от Българското научно онкологично дружество сме ангажирани колеги експерти в отделните сфери на диагностика и

лечение на тези няколко локализации, които са свързани със скрининга, за да можем да изпратим тези екзактни данни и те да бъдат препратени от МЗ, което се явява като гарант, че информацията е получена навреме.

Какви са рисковете, ако не бъдем обхванати от Европейския раков план?

Рисковете са за пореден път да изпуснем да се наредим сред страните в Европа, които успешно лекуват онкоболните си. Този пореден път обаче, за съжаление, ще бъде последен. И това ще бъде само наша вина, защото сме равнопоставени на всички страни членки и имаме всички възможности, ако желаем, да се присъединим към плана. Ние нямаме в никакъв случай добри резултати в областта на апар-

турното обезпечаване и материалната среда, в която би следвало да работим. Невключване в плана ще ни нареди като лечение десетилетия назад от това, което се прави в света.

Къде се намира страната ни, когато става дума за диагностициране и лечение на онкологичните заболявания на фона на останалите европейски страни?

По отношение на вида използвани лечения: лъчетерапия, химиотерапия, имунологично лечение и някои други биологични лечения, ние сме, смеем да твърдя, на европейско ниво. За да бъде това лечение навременно прилагано, трябва да имаме и иновативна диагностична апаратура, каквато, за съжаление, не навсякъде има и достъпът до нея не е урегулиран достатъчно добре. Това е предпоставка пациентите да идват в по-напреднал етап на заболяването си. А колкото е по-напредналото, толкова по-лоши са резултатите от неговото лечение.

А къде стоим по отношение на смъртността от онкологични заболявания?

При пациентите, които са потърсили помощ навреме и са взхванати от системата, особено в по-ранни стадии, ние имаме не по-лоши от европейските показатели. Но тук тревожното е, че нямаме раков регистър, тъй като раковият регистър в България беше закрит преди около осем години, за да се търсят други решения.

Това далеч не беше в наша полза, защото ние нямаме никаква статистика. От друга страна, разговорите за електронно здравеопазване без никакви действия води до отпадане на пациенти от системата и ние изобщо не знаем тяхната съдба. Още по-лошото е, че някои от болните от онкологично заболявания не продължават задължителното си комплексно лечение. Като пример мога да ви дам пациентите с рак на яйчника. 99% от тях след сполучлива операция се нуждаят от провеждането на профилактична химиотерапия, която води в голям процент от случаите до тяхното напълно излекуване. Не всички пациенти обаче стигат до онкологичните центрове поради чисто информационна и логистична слабост на системата.

Увеличава ли се в световен мащаб процентът на пациентите с онкологични заболявания и като цяло делът на онкологичните заболявания през последните години?
Да, категорично. Това е привилегированият златен милиард на човечеството, в който ние, макар и като периферна страна, попадаме. Тъй като

имаме повече социални възможности и достъп до здравеопазване, колкото по-дълго живеем, толкова по-голям става рискът да се срещнем с нашия рак. Така или иначе в момента световната статистика показва, че всеки втори човек ще се разболе от рак и всеки пети ще загине от него. Затова усилията на Западна Европа и Америка са насочени към диагностиката и лечението на рака. Ето и малко точни данни: през 2020 г., когато се създаваше Европейски противораков план, от рак заболяха 2 700 000 души и починаха 1 300 000 през същата тази година. За цялостно лечение, диагностика, проследяване и социална рехабилитация Европа плати 97 милиарда евро.

Какво влияние оказва пандемията върху пациентите с онкологични заболявания?

Като цяло пандемията се отрази катастрофално на болните от рак в няколко насоки. Първо, в България бяха разпръснати COVID отделения в почти всички болници, най-вече в тези от тях, които дават възможност за по-ранна диагностика и въобще диагностика на рака. Това естествено изключително много забави такива болни. Като пример мога да ви дам болните с белодробен рак, които идват сега, вече година по-късно с извънне симптоматика, тъй като те са имали начални оплаквания, но например Националната болница по белодробен болести в България седя повече от една година затворена напълно. Забавена беше и диагностиката на пациентите с рак на млечната жлезе, рак на дебелото черво. Тук се намесва и друг субективен фактор – страхът на самите пациенти, които, за да избегнат заразяване, отлагат, докато симптомите не станат напълно изявиени.

Нека да завършим с призив към тези пациенти, а и към хората, от които зависи въвеждането на Европейския раков план у нас.

Аз ще кажа две неща. Първо ние няма да чакаме само политиките за определени активности. Българското научно онкологично дружество сформира своя група и избра координатори, които се ангажират с това ние да станем наистина пълноправна част от Европейския противораков план. А колкото до хората, които предполагат, че имат онкологично заболяване или въобще някакви дълго повтарящи се симптоми и ги свързва с рака – нека се обърнат директно към най-близкото онкологично заведение, като по този начин има реална възможност да хванем раковото заболяване навреме.

Оптимизация на дейността

Според 89% от анкетиранияте онколози в лечебните заведения вече има въведена организация, която позволява да се оползотворят целите опакówki с лекарства. 85% от специалистите смятат, че работещ раков регистър и данни за ефикасността на терапияте би подобрил ефективността и качеството на лечение в онкологията. Сред останалите предложения на онколозите за подобряване на тази област са обвързване на заплащането с качеството на лечение и резултатите от него, както и увеличаване на финансирането.

Диспансеризация и палиативни грижи

Половината от анкетиранияте онколози твърдят, че състоянието на пациентите се проследява след приключване на активната му форма. Причините, поради които това не се прави винаги, според лекарите, от една страна, се крият в липсата на организация и мотивация, а от друга, в отсъствието на добра здравна култура в самите пациенти или в лошата комуникация между лекар и пациент.

Д-Р РАДОСЛАВ ТРИФОНОВ:

ЗА МЕН БЕШЕ ЧЕСТ ДА БЪДА СТИПЕНДИАНТ НА БЛС

Д-р Радослав Трифонов е роден в гр. Плевен през 1996 г. Средното си образование получава в Математическа гимназия „Гео Милев“ – гр. Плевен, като завършва природо-математическия й профил с отличие. Дипломира се в МУ – Плевен през 2021 г. с отлична диплома и е стипендиант на БЛС в рамките на програмата за подпомагане на бъдещи лекари. Понастоящем е лекар, специализиращ в отделението по Образна диагностика във високотехнологичната УМБАЛ „Света Марина“ – Плевен.

Стипендиантската програма на БЛС продължава и през настоящата учебна година, а с д-р Трифонов разговаряме за неговото участие в нея.



- Д-р Трифонов, Вие сте били стипендиант в програмата за финансово подпомагане на бъдещи лекари на БЛС. Разкажете ни как научихте за нея и как решихте да кандидатствате?

- Позволете ми за начало да отбележа огромната чест, която представлява за мен, да бъда един от класираните стипендианти в конкурса на Български лекарски съюз за подпомагане, обучение и изграждане на лидерски и комуникационни умения сред бъдещите лекари. Програмата е уникална сама по себе си, тъй като представлява не само финансова помощ за трудещите се студенти, но има и много по-важни качества от материалната страна, а именно загриженост и признание, идващи от най-високо ниво – съсловната организация на българските медици. Тук е мястото да благодаря на колегите, отговорни за всичко това – председателят на УС на БЛС д-р Иван Маджаров и председателят на Комисията по програмата д-р Нели Нешева. Вярвам, че програмата ще продължи в бъдеще и ще се разширява, като обхваща все по-голяма част успешни студенти. Лично аз научих за съществуването на стипендиантската програма от колеги

лекари. Направих необходимата справка, видях какви документи се изискват за участие в конкурса и реших, че съм подходящият кандидат.

- В кой университет се обучавате?

- Преди шест години избрах да следвам уникалния проблемно – базиран вид на обучение по медицина в Медицински университет – Плевен, който днес, вече като лекар, ми е от полза. Завършвам с почти пълно отличие, като това за мен представлява огромна гордост, тъй като в началото, при първите ми стъпки в медицината, не изглеждаше сякаш постижимо. Шест години по-късно смея да кажа, че постигнах една от многото си цели, поставени при постъпването ми в университета, а именно да бъда пример за своите колеги за успешен студент. Отправлям най-искрени благодарности към всеки преподавател, колега и ръководството на висшето училище, без които нямаше да се справя.

- Беше ли Ви от полза и в каква насока класирането Ви за стипендиант?

- Класирането ми като стипендиант представлява огромен плюс в автобиографията, особено що се касае за кандидатстване за работа и като профил пред

бъдещия работодател. Тъй като програмата има критерии за класиране, фактът, че отговорите на тях и биват включени в нея, е своеобразна атестация за качествата и постиженията на одобрените студенти. Още повече, че тази атестация идва от съсловната организация. Ще добавя и че връчването на сертификата на класираните студенти става в национален мащаб и това е една добавена стойност за участниците в програмата. Дава солидно предимство при първите стъпки на кариерното развитие.

Тук желая да добавя и още един момент. Ежегодно се провежда национален конкурс „Студент на годината“, организиран от Националното представителство на студентските съвети в България. На него за 2020 г. аз съм в челната тройка в категория „Здравеопазване“ сред студентите по медицина от цяла България и когато бях представен на сцената, част от информацията включваше факта, че съм стипендиант на БЛС, което е недвусмислено доказателство, че това е високо ценен факт, който има своето значение в по-широк мащаб.

- Смятате ли, че такива програми са полезни от гледна точка на една бъдеща ангажираност към проблемите на съсловието?

- Да, категорично. Финансовата подкрепа, която програмата осигурява, разбира се, е от значение, но за мен водещо беше, че връчването на тази стипендия показва загрижеността на БЛС към студентите и младите лекари и най-вече човек се чувства оценен за усилията, които полага над 6 години. А тези усилия не са малко. Това е много силен стимул за един студент да продължи да поддържа високо ниво на академични постижения и солиден мотив за усъвършенстване. Считам, че чрез стипендиантската програма бъдещите медици се запознават със съсловната организация, с нейната структура, цели и задачи, и започват да проявяват интерес и ангажираност към темите, касаещи я, така че в бъдеще като отговорни членове да допринасят със свои идеи.

- Имате ли някакви затруднения при кандидатстването?

- Не, процедурата и изискванията са достатъчно ясни и не бива да предизвикват притеснения в бъдещите кандидати. Ако покривате изискванията и сте достоен кандидат, следва да бъдете класирани. Ако има трудност, то тя се състои в това да бъдете наистина добър и отдаден на обучението студент през предходните 5 или 6 години, тъй като конкурсът е предназначен за последните два курса на обу-

чение. С други думи и без да изпадам в подробности – упоритост и много труд в следването, както и владеенето на чужди езици, са ключът към получаване на това национално признание.

- Какви други академични постижения допълват Вашето участие в стипендиантската програма?

- Още от самото начало на моето медицинско образование започвам да участвам в извънучебни дейности – ежегодно в моя университет се провежда научна конференция за студенти и млади лекари, на която аз всяка година съм участник – първоначално пасивен, но след това и активен – като представящ автор и съавтор. Радост и гордост за мен е да споделя, че имам няколко публикации в международни научни списания, както и в български такива. Участник съм в 4 научноизследователски проекти на МУ-Плевен, в няколко кръжоци, факултативни курсове и медицински уъркшопи на различни теми. Двукратен стипендиант съм за специални постижения благодарение на научната ми продукция, както и двукратен участник по проект „Студентски практики“. Тези постижения успяха през 2019 г. да ми донесат приза „Най-изявен студент на МУ-Плевен“. Като доброволец съм се извявал в отделения по „Образна диагностика“, както и към АСМБ-Плевен и офисът по „Европейска интеграция и международно сътрудничество“ на МУ-Плевен.

- Вие вече сте завършили, какво предстои, накъде смятате да поемете?

- Неотдавна завърших своя държавен стаж, като положих и последния държавен изпит успешно. Церемонията по дипломиране се отлага до успокояване на епидемичната обстановка, което не е пречка да разпаля тлеещия интерес към образователната диагностика. Имам правото и честта днес да съм част от високоспециализирания екип на отделението по „Образна диагностика“ във високотехнологичната УМБАЛ „Света Мари-

на“ в гр. Плевен.

- Като цяло как преценявате трудността на обучението по медицина? Със специализацията то продължава около 10 години.

- Безспорно пътят не е нито кратък, нито лесен, имайки предвид, че обикновено започва още преди придобиване на средно образование с подготовката за кандидатстудентския изпит. При обичайни обстоятелства, образованието в областта на медицината е сериозно начинание и огромно предизвикателство за всеки, решил да поеме по този път. Човек трябва да приеме, че то продължава цял живот, като експертизата идва с многото години опит в сферата и специалността. Епидемичната обстановка допълнително и сериозно затруднява придобиването на необходимите знания, практически умения и квалификация, но решение на този проблем започва да се заформира и се надявам най-скоро това затруднение да бъде преодоляно на името на бъдещето на медицинското образование и здравия разум.

- Имали ли сте идея да търсите реализация извън страната?

- За реализация – не, но за специализация и надграждане на знанията и уменията – имам такива идеи. Всъщност, аз считам, че вече съм започнал да вървя по този път, тъй като имам възможността да бъда част от програмата „Еразъм+“, като проведох своя летен стаж на четвърти курс в Университета в Сасари, Италия, където придобих ценен чуждестранен опит в редица клинични специалности. Амбициран съм да разширявам хоризонта на професионалната си подготовка извън страната, да усвоявам опит от водещи специалисти и центрове в Европа и света, но да прилагам наученото в България. Смятам, че има достатъчно примери в национален аспект, които служат да покажат на мен и моите колеги, че в България е възможно да се реализираш като успешен лекар, доказващ своето дело на медицината.

Интервю на Георги Радев



БЛС ЗА ПОРЕДНА ГОДИНА ПОДКРЕПЯ ФИНАНСОВО БЪДЕЩИ ЛЕКАРИ

И през настоящата учебна година БЛС продължава традицията да подкрепя финансово студенти по медицина. Инициативата на съсловната организация е изключително популярна сред бъдещите медици. Програмата има ясни критерии, по които се извършва класирането на кандидатите. Целта ѝ е подпомагане, обучение и изграждане на лидерски умения сред бъдещите лекари.

За тазгодишната кампания разговаряме с д-р Нели Нешева – бивш председател на комисията (на снимката).

- Д-р Нешева, за поредна година БЛС ще подпомага чрез стипендии бъдещи лекари. Има ли нови мотиви за тази инициатива?

- БЛС от много години алармира за кадровия дефицит в страната. Тъй като ние издаваме сертификатите за работа в чужбина, отдавна сме регистрирали тенденцията младите специалисти да имат интерес и към работа зад граница. Това не може да не ни тревожи. Затова, наред с другите инициативи, които правим за задържане на лекарите у нас, продължаваме и с тази. Тя е много практическа, осезаема и има своята възвращаемост.

Наред с това подпомагаме финансово участието на млади лекари и специализанти, които имат желание за научна кариера, за което е необходимо участие в различни медицински събития. Тази помощ според мен е от огромна важност, защото много често именно финансовите параметри спъват младите специалисти да разгърнат своя научен потенциал. А в България има наистина много интелигентни, знаещи, можещи и обещаващи млади специалисти, на които им е абсолютно необходимо да имат възможността да „си свертат часовника“ с техни колеги на регионално или международно равнище и така да повишават своята конкурентоспособност на световно ниво. Обмяната на знания и опит е важна в лекарската професия.

- Кой може да кандидатства? За кого е предназначено финансирането?

- Тази година финансовата ни програма е предназначена за студенти по медицина от български ВУЗ-ове, 5-и и 6-и курс, финансираме такса участие в национални и международни форуми на млади лекари до 35 години, специализанти, които не са завършили своята специализация, докторанти, редовни или на самостоятелна подготовка, които имат договор за обучение.

- На какви изисквания трябва да отговарят кандидатите?

- Студентите следва да имат среден успех към момента на кандидатстване над 5.00, владеенето на чужд език им дава допълнителни точки. Изискването към кандидатите за финансиране на участие във форум е кандидатът да е положително одобрен, за което се изисква потвърждение от организаторите на събитието, което от своя страна се

представя при кандидатстването. Кандидатурите се разглеждат от комисия, при регламентирани предварителни критерии, като най-важни сред тях бих открила вида участие, научната му стойност и личния принос. След приключване на съответния форум се изготвя доклад за извършената работа, което е доказателство за целевото разходване на средствата и своеобразна обратна връзка за нас.

- Тази година има и още една категория, в която БЛС оказва финансова подкрепа – на студенти, изучаващи специалност „Медицина“ и техни сдружения, които организират и провеждат медицински мероприятия.

- Точно така. Решихме, че би било полезно да поощрим бъдещите колеги, още по време на тяхното следване, да организират и провеждат медицински мероприятия – обучения, семинари, конгреси. Тъй като България все още изостава от международната практика продължаващото медицинско обучение (ПМО) за лекари да е задължително, смятаме, че ранното изграждане на съответна култура в това отношение е полезен ход, който в близките години ще даде своите положителни резултати.

Тук е мястото да подчертая, че БЛС има ангажмента да бъде инициатор на законодателна промяна, целяща да внедри задължителното ПМО. Трябва да отчетем факта, че продължаващата от 2 години Ковид пандемия доведе до преминаването към дистанционно обучение на студентите по медицина, в т.ч. и на упражненията им, което има своите непреодолими недостатъци и смятам, че формите на ПМО са пътят за компенсиране на дефицитите на т.нар. обучение от разстояние в електронна среда. Смятам, че сме длъжни да работим в тази

посока.

Извън необичайната обстановка, в която се намира светът от края на 2019 г., в областта на медицината сме свидетели на най-много иновации и продължаващото обучение е единственият начин да бъдем в крак с новостите, защото това има пряка връзка както с общото ниво на медицината у нас, така и с подобряването на здравната грижа и здравния статус на населението.

- Как се финансира този проект?

- Традиционно разчитаме на нашите партньорски фирми от фармацевтичната индустрия. В годините те винаги са били до нас и са припознавали нашите идеи и цели.

- Кожко студенти ще успеете да подпомогнете?

- Не е приключил срокът за събиране на спонсорства и дарения, но като бивш председател на комисията ще отбележа тенденцията всяка година броят стипендианти да нараства. Ето – миналата година иммахме рекорден брой от 100 студенти – двойно повече от предходната. Към момента все още се обработват документите и нямаме готова цифра. Това, което е искам да подчертая, е, че формирането на фонда за стипендии не ощетява съсловната организация.

- Какво бихте казали на своите бъдещи колеги?

- Първо искам да им благодаря за безрезервната подкрепа, която оказват, в безпрецедентната здравна криза, в която се намираме от 2 години. Още първият по-сериозен натиск върху здравната система беше удържан и благодарение на това, че студентите влязоха в Ковид отделенията. И продължават да го правят. Искан само да им пожелаем здраве и да запазят този ентузиазъм.

ОБЕЩАВАЩИ РЕЗУЛТАТИ ОТ КЛИНИЧНО ПРОУЧВАНЕ НА МЕДИКАМЕНТ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА К-19 РЕГИСТРИРА ЕКИП ОТ УМБАЛ „СВ МАРИНА“ - ПЛЕВЕН

Лекари от УМБАЛ „Св. Марина“ – Плевен участват в мащабно международно клинично проучване, което се намира във фаза III, на нова молекула, която спира репликацията на SARS-CoV-2. Какви са данните до момента и как лечебното заведение стана един от центровете на клиничните изпитвания, разговаряме с главния изследовател на проучването д-р Иван Малкодански, д.м.

- Д-р Малкодански, излезе информация, че сте част екип, осъществяващ международно клинично проучване на медикамент за лечение на К-19, но бих искал да започнем от началото. Как се озовахте в този екип?

- Бях поканен от фирмата, която презентира това проучване. Предполагам, че до моята покана се е стигнало благодарение на броя пациенти, преминали през мен, които съм лекувал от Ковид. Вярвам, че и профилът на болницата, в която работя, е бил важен фактор – тя е иновативна и високотехнологична. Това е голямо международно проучване, в което участват над 12 държави, с по 4-5 центъра във всяка една, така че за мен беше чест отпратената покана и възможността да участвам в това проучване.

- Имаше ли колебания дали да приемете?

- Първоначално пожелах да науча подробности за вида на медикамента и най-вече за неговите странични реакции, ако има такива. Но след като се запознах с тази информация, тук вметвам, че проучването е във фаза III, установих, че до момента не са отчетени тежки или значителни странични ефекти и с радост приех да се включа в него.

- Можете ли да кажете дали става въпрос за нова молекула или за вече известна, с каквито се правеха нееднократно опити за лечение на К-19?

- В случая говорим за съвсем нова молекула, която действа върху един от ензимите, отговорен за образуването на белтъчната мембрана на SARS-CoV-2. По този начин се спира неговата репликация.

- До момента колко пациенти са преминали през това експериментално лечение?

- Аз лично съм лекувал трима.

- Какви резултати регистрирахте при тях?

- Много добри, за щастие. Вече и тримата са завършили своя курс на лечение и 14-дневната си карантина. Когато започнахме прилагането на тествания медикамент, те бяха с леки симптоми, до 1-2 дена след започване на приема на медикамента симптоматиката изчезна и пациентите изкараха спокойно карантината си.

- По време на приема на медикамента

Д-р Иван Цветанов Малкодански, д.м. получава средното си образование в математическата гимназия „Гео Милев“, гр. Плевен през 2006 г. През 2012 г. завършва медицина в Медицински университет - гр. Плевен. Започва специализация в Катедра по реанимация и интензивно лечение към Университетска болница "Георги Странски", гр. Плевен с насоченост към онкологична, лапароскопска и роботизирана хирургия. През 2014 г. придобива магистратура по Здравен мениджмънт. От 2013 г. е част от екипа на УМБАЛ „Света Марина-Плевен“. През февруари 2018 г. завършва специализация по клинично хранене в интензивно отделение в гр. Тел Авив, Израел. През септември 2018 г. финализира специализацията си по периферни нервни блокади и лечение на остра и хронична болка в гр. Дъблин, Ирландия. През 2021 г. успешно защитава дисертационен труд на тема "Превенция на следоперативното гадене и повръщане при мининвазивни коремни операции" и придобива образователна и научна степен „доктор по медицина“. От 2016 г. е асистент към катедрата по Анестезиология и интензивно лечение към МУ-Плевен. Лектор е към Телекомуникационен ендоскопски център, гр. Плевен. От 2019 г. започва специализация по Клинично хранене и диетология. Член е на: Асоциацията по роботизирана хирургия за Югоизточна Европа (SEEASS), на Европейската асоциация по ентерално и параентерално хранене (ESPEN), на Европейската асоциация по регионална анестезия (ESRA). Членува и в Български лекарски съюз (БЛС), Българска асоциация по анестезиология и реанимация, Българска асоциация за изследване и лечение на болката и Българската асоциация по ентерално и параентерално хранене. Автор и съавтор е на множество публикации в български и международни списания на английски и руски език. Статиите са свързани с анестезия и интензивно лечение при лапароскопски, роботизирани и HIFU (хайфу) операции, лечение на остра и хронична болка, ентерално и параентерално хранене при критично болни пациенти. Участник в редица конгреси в България и чужбина. Носител на наградата младите лидери на Плевен – направление Медицина за 2019 г.

забелязахте ли някакви нежелани ефекти?

- Тежка странична реакция не беше наблюдавана при нито един пациент. При двамата имаше известен стомашно-чревен дискомфорт, но не можем да бъдем сигурни дали това е причинено от медикамента или е от самия вирус, защото вече знаем, че Делта вариантът много често протича с диария, гадене, повръщане, стомашно-чре-

вен дискомфорт като цяло.

- Колко човека е екипът, който участва в това проучване?

- В проучването аз съм главен изследовател, има още двама мои колеги – реаниматор и кардиолог, 4 медицински сестри, фармацевт, шофьор на линейка и санитарни.

- Споменахте, че проучването е в 3-та фаза, която е масовата?

- Това е последната фаза преди одобрението и по последни данни, твърде е възможно скоро да очакваме неговото одобрение.

- С уговорката, че засега не можем да твърдим нещо със сигурност, все пак, Вашето лично мнение какво е относно крайния резултат на проучването?

- За момента наблюденията ми не само сред моите пациенти, понеже ние следим данните в реално време в останалите центрове, в които се извършва проучването, резултатите са много обещаващи и според мен можем да очакваме един успешен медикамент, който, приет в началните фази на Ковид инфекцията, ще дава много добри резултати.

- Т.е. медикаментът ще е показан за прием в началните фази на инфекцията?

- Все още не можем да кажем това със 100% увереност. Това, което мога да кажа на този етап, е, че протоколът, който спазваме, е препаратът да бъде приложен до 5 дни след установяване на инфекцията с PCR или антигенен тест. Предвид механизма на действие – че спира репликацията на вируса, е много вероятно това да влезе и в гайдлайна на включването на този медикамент.

- Освен България, знаете ли кои други държави участват в това клинично проучване?

- Знам за САЩ, Канада, Обединеното



кралство, Франция и Германия. Има и още държави, но не съм запознат кои са.

- На този етап има ли някакви ограничения за прилагането на медикамента?

- Както знаете, всяко проучване има свои протоколи и гайдлайни, които следва. Първоначално ние го включвахме на пациенти без придружаващи заболявания или поставена ваксина, на възраст 18-60 години, след което, след набирането на необходимия брой пациенти, преминахме към друг протокол, според който включихме пациенти с до три придружаващи заболявания. В момента работим по него и смятам, че след получаването на добри резултати, ще преинемем към пациенти над 60 години или при тежко болни пациенти, които са за лечение в болница.

- Склонни ли са хората да включат в клинично проучване на нов медикамент, какви са Вашите наблюдения?

- Нормални притеснения, които съпътстват всяко едно медицинско проучване. В моя подход към пациентите аз им представям всичко, което се знае, какви са моите очаквания и ги оставям да вземат решение за себе си. Сред моите пациенти, на които съм предложил да се включат в проучването, няма отказали. Важно е според мен да има изградено доверие лекар – пациент и богат професионален опит.

- Хората, които са преминали лечението си, дават ли Ви обратна връзка на благодарност?

- Разбира се, че хората ни благодарят. Но все пак ние ги проследяваме и имаме контакт с тях и след края на лечението – до 48-ия ден. В началото на заболяването срещите ни са всекидневни, след което стават на няколко дни, а към края – веднъж седмично. Ние имаме център за телемедицина и поддържаме контакт с хората, следим жизнените им показатели, така че имаме постоянна обратна връзка. Тримата пациенти, за които споменах, вече са се върнали към обичайния си ритъм на живот.

- Имате ли нужда от още пациенти за проучването?

- Към момента – да, но нещата са много динамични. Пациенти се набират в глобален мащаб и във всеки един момент може да бъде променен протоколът или лекарството да получи одобрение и тази информация да се окаже неактуална.

Интервю на Георги Радев





130 ГОДИНИ ОТ РОЖДЕНИЕТО НА ФРЕДЕРИК БАНТИНГ - ОТКРИВАТЕЛЯТ НА ИНСУЛИНА

Аз съм твърдо вярващ в теорията, че можеш да правиш или да бъдеш всичко, което пожелаеш на този свят, в рамките на разумното, ако си готов да направиш жертви, мислиш и работиш достатъчно усилено и достатъчно дълго.

Фредерик Бантинг

За първи път терминът „диабет“ е използван от гърците със значение „преминаване“. Така те означили голямото количество на консумираната вода и произведената урина при диабетични. Римляните добавят термина „mellitus“, което означава „сладък като мед“, когато забелязват, че урината на диабетичите е сладка. В не толкова далечното минало прогнозата за децата с това заболяване е много лоша – повечето преживяват не повече от година след диагностицирането. Сър Фредерик Бантинг, лекар и учен, е съоткривател на инсулина, хормон от критично значение за регулирането на нивата на кръвната захар. Когато инсулиновото действие е недостатъчно, се развива захарен диабет. Благодарение на откриването на инсулина от Бантинг милиони хора по света успяват да регулират нивата на кръвната си захар и да водят нормален живот. През 1923 г. Бантинг става първият канадец и най-младият лауреат на Нобелова награда за медицина. Когато я получава, той е едва на 32 години.

УРОЦИ ОТ РАННИЯ ЖИВОТ

Бантинг е роден във ферма в Онтарио, Канада, на 14 ноември 1891 г. Две детски преживявания го карат да избере медицината. Първото е срутване на покрив, на който работят двама мъже. Бантинг незабавно се втурва да повика градския лекар, чието присъствие успокоява настъпилата паника. Второто събитие, оказало въздействие върху решението на Бантинг, е съдбата на една от най-близките му приятелки, Джейн. Тя е жизнерадостна и енергична до 14-годишна възраст, когато започва необяснимо да отслабва и да се оплаква от неутолима жажда. Джейн умира няколко месеца по-късно от захарен диабет. Усещайки болката от тази вероятно предотвратима смърт, той се пита как никои лекар не е намерил дотогава лек за толкова ужасна болест.

НОВО НАЧАЛО

Въпреки че желанието на Бантинг да стане лекар първоначално е в конфликт с амбициите на семейството му, той в крайна сметка успява да се прехвърли от богословски колеж в Медицинското училище на Университета в Торонто, Канада. Първата световна война за кратко прекъсва образованието му, тъй като той се записва в канадската армия като доброволец на линейка във Франция. Когато войната приключва, Бантинг се връща, за да завърши обучението си като ортопед-хирург в педиатричната болница на Торонто, след което отворя кабинет в Лондон, Онтарио, Канада. Тъй като обемът работа е малък, той работи на непълно работно време в Университета на Западно Онтарио като професор. Една от лекциите му е за панкреаса и като част от подготовката си Бантинг внимателно преглежда цялата

налична информация за тази жлеза. До този момент вече е известно, че панкреасът произвежда различни „сокове“, които се стичат през тръбички в червата, за да подпомогнат разграждането на храната. Но експериментите на д-р Джоузеф Фрайхер фон Меринг и д-р Оскар Минковски през 1890 г. показват, че кучетата с панкреатектомия проявяват много от характеристиките на хората с диабет. През 1900 г. д-р Юджийн Линдзи Опи коментира, че панкреасът на диабетичите изглежда нормален, с изключение на сбръчкани групи от клетки, наречени островчета на Лангерханс. Доклад на д-р Моузе Барън описва аутопсия, направена на пациент, чийто канал на панкреаса е бил запушен от камъни в панкреаса. Ацинарните клетки в жлезата са унищожени, но клетките на островчетата – запазени. Това е подобно на експериментите, направени през 1901 г. от д-р Леонид Соболев, при които островните клетки на кучета остават жизнеспособни дори след като каналите на панкреаса са били лигирани. В нощта преди лекцията си Бантинг обмисля тази информация точно преди да заспи.

ОТ ИДЕЯТА ДО РЕЗУЛТАТА

В предходни експерименти на болни от диабет е бил даван секрет от панкреас, но безрезултатно. Бантинг предлага друг подход – да се разработи пречистен екстракт само от клетките на островчетата на Лангерханс. Той се обръща към професор Джон Джеймс Рикард Маклауд, експерт по въглехидратен метаболизъм, който по това време ръководи голяма лаборатория в университета в Торонто. Първоначално професор Маклауд не е впечатлен от теорията на Бантинг, но в крайна сметка му

позволява да използва лабораторията. През май 1921 г. Бантинг започва експерименти с помощта на д-р Чарлз Хърбърт Бест, 21-годишен студент по медицина. Първо превързват каналите на панкреаса на кучета; след няколко седмици отстраняват атрофиралия панкреас и извеждат секрет, който инжектират във вената на болно куче на име Марджори, чийто панкреас е отстранен няколко дни по-рано. След час забелязват значителна промяна в поведението на кучето – може да вдигне глава, да се изправи и дори да маха с опашка. Има и драстично намаляване на нивата на кръвната захар на кучето. Тъй като екстрактът от клетките на островчетата на Лангерханс е причината за този резултат, Бантинг го нарича „ислетин“.

Този успех обаче е краткотраен, тъй като спадът на кръвната захар е временен. Бантинг разбира, че се нуждае от по-солиден източник на панкреатичен сок и малко след това се запознава с нов доклад, описващ как панкреасът на фетални и новородени животни има по-висок дял клетки на островчетата на Лангерханс, отколкото панкреас на възрастен. Запознат със селскостопанските дейности от детството си, Бантинг знае, че фермерите оплождат кравите, за да увеличат теглото им преди продаж. Когато животните са умъртвявани, ембрионите им се изхвърлят и Бантинг вече има концепция от къде да се снабди с нужния му панкреас. За негова радост, кравешкият „ислетин“ действа също толкова добре, колкото и този от кучета. По това време проф. Маклауд се завръща от пътуване в Шотландия и поставя под въпрос данните на Бантинг, изисквайки допълнителни доказателства. Бантинг приема тези критики твърде лично и заплашва да замине за

Съединените щати, за да довърши работата си.

Докато експериментите продължават, проф. Маклауд осъзнава важността на откритието и скоро посвещава цялата работа на лабораторията на проекта. Той именно променя името на „инсулин“, което от латински означава „остров“. С помощта на биохимика д-р Джеймс Колип екипът в крайна сметка успява да пречисти инсулин за човешка употреба.

НАГРАДИ, ПРИЗНАНИЯ И ВРАЖДЕБНОСТ

Точните подробности за това колко проф. Маклауд допринася за изследването се превръщат в зона на спорен дебат. Според спомените на Бантинг, проф. Маклауд не участва в първоначалните експерименти и участието му започва едва след завръщането му от Шотландия. Проф. Маклауд възразява остро, заявявайки, че той ръководи Бантинг и д-р Бест от самото начало. Въпреки това е добре известно, че между двамата има голяма доза враждебност, тъй като Бантинг смята, че проф. Маклауд силно преувеличава собствената си заслуга. Ситуацията ескалира до своя пик през 1923 г., когато и двамата получават Нобелова награда за откриването на инсулина. Бантинг е разгневен, че проф. Маклауд е удостоен с награда, докато д-р Бест не, и първоначално я отказва. Въпреки че в крайна сметка е убеден да промени решението си, Бантинг решава публично да кредитира д-р Бест и да сподели половината от парите от наградата с него. В отговор проф. Маклауд признава приноса на д-р Колип към проекта и споделя с него своята част от парите си от наградата.

РАННА СМЪРТ НА 49

Бантинг обича да рисува, което му помага да избяга от постоянния натиск, който светът на медицината му оказва. Той използва псевдонима „Фредерик Грант“ в своите произведения. През 1927 г. той се запознава с АУ Jackson, пейзажист, принадлежащ към Групата на седемте – екип от канадски художници. Двамата бързо стават приятели и Бантинг често пътува с художниците до отдалечени райони на света за вдъхновение. На въпрос относно евентуално рисуване на пълен работен ден, Бантинг отговоря: „Когато стана на петдесет, това възнамерявам да правя.“

Когато избухва Втората световна война, Бантинг отново служи в канадската армия, този път като координиращ председател на медицинските изследвания, фокусирайки се върху авиационната медицина, както и върху биологичната война. На 20 февруари 1941 г. той предприема трансатлантически полет до Англия, за да се консултира с британските си колеги относно новите си изследвания. Малко след като самолетът излита от Нюфаундленд в Канада, един от двигателите му отказва и екипажът решава да се върне. Тогава и другият мотор излиза напълно от строя. Пилотът предприема аварийно кацане в условия на ниска видимост на относително безопасно място върху леда на замръзнало езеро, но в последния момент едното крило „отсича“ голямо дърво. При сблъсъка Бантинг получава тежки рани по главата и счупена лява ръка. Започват издирвателни дейности, които дават резултат едва на четвъртия ден. За това време нараняванията на Бантинг се оказват фатални и той напуска този свят едва на 49-годишна възраст.



