

QUOVADIS



НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

ОТВЕТЕН УДАР

КАК СЕ ПРОМЕНИ ЕДНА БОЛНИЦА В ОТГОВОР НА COVID-19

Гости по темата:



Д-р Ивелина Георгиева, зам.-директор по медицинските дейности в УМБАЛ „Св. Анна“

Д-р Дафинка Колева, кардиолог, част от екипа на едно от Ковид отделенията в УМБАЛ „Св. Анна“

Поредна вълна, ръст на заразените, нестихващ вой на сирени от линейките... Вече втора година това е ежедневието на лекарите, посветили се на борбата със SARS-CoV-2. Отвъд статистическите данни и новите варианти на вируса, които са широко известни, болниците се промениха и реструктурираха така, че да са в състояние да се погрижат за всеки свой пациент. Как това стана в една конкретна болница – УМБАЛ „Св. Анна“, четете в темата на броя.

На стр. 6, 7

СПЕЦИАЛЕН ГОСТ



ПРОФ. Д-Р СВЕТОСЛАВ ЙОВЕВ

На стр. 8

В РУБРИКАТА „НОВИТЕ ХИПОКРАТИ“



Д-Р СИЛВИЯ СТОЕВА

На стр. 4

ЗА КОНТРОЛ НА ГРИПНИТЕ СЪСТОЯНИЯ

Осцилококцидум!

ПРОФИЛАКТИЧНО
1 гоза седмично

ПРИ КОНТАКТ С БОЛНИ
1 гоза на всеки от контактите



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!



ПЪРВИ МЕСЕЦ



ВТОРИ МЕСЕЦ

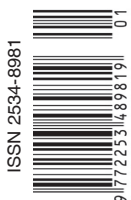


ТРЕТИ МЕСЕЦ

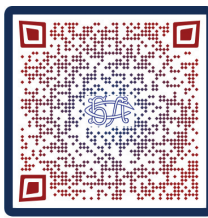


BOIRON

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



- БЛС иска преразглеждане на намалените бюджети на лечебните заведения
 - Настояваме за незабавни действия във връзка с жестоката агресия спрямо медик
 - Над 34 000 лв. събра кампанията „За децата на героите в бяло“
- На стр. 2-3**



СКАНИРАЙ МЕ



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

БЛС НАСТОЯВА ЗА ПРЕРАЗГЛЕЖДАНЕ НА НАМАЛЕНИТЕ БЮДЖЕТИ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ



11 януари 2022 г.

Във връзка с постъпили сигнали в централата на Български лекарски съюз от лечебни заведения за болнична помощ за намаляване на размера на определените им месечни стойности от НЗОК, съсловната организация настоява Надзорният съвет да преразгледа правилата за определянето им и намалението на бюджетите да бъде коригирано в максимално кратки срокове.

В противен случай: изпълнителните на болнична медицинска помощ ще бъдат изправени пред сериозни финансови затруднения, особено през настоящия месец, когато сме свидетели на рязко покачване на броя на заразените с Covid-19 и очакваното в тази връзка сериозно увеличение на броя на новоприетите пациенти и затруднения в осъществяването на нормалната лечебна дейност на болниците.

ОТЧЕТ НА НЗОК ЗА ПЛАЩАНИЯТА ЗА 2021 Г.

През 2021 г. НЗОК е одобрила средства в размер на **3 989 млн. лв. за изпълнителите на медицинска и дентална помощ**, както следва:

На 3 443 лечебни заведения - изпълнители на ПИМП - **339 млн. лв.**, от тях:

- за дейности по НРД - 255 млн. лв.;
- по Методиката за определяне на размера на сумите за работа при неблагоприятни условия по повод на обявена епидемична обстановка за суми до 85% от базовата стойност за 2021 г. - 10,5 млн. лв.;

- по Методиката за подкрепа на персонала на първа линия, пряко ангажиран с дейности по предотвратяване на разпространението на COVID-19, финансирани с допълнителни трансфери от Министерство на здравеопазването, - 55,5 млн. лв.;

- еднократно допълнително заплащане по „Условия и ред в изпълнение на § 1, ал. 2 от Закона за бюджета на НЗОК за 2021 г., определени съвместно между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз“, (по § 1, ал. 2 от ЗБНЗОК за 2021 г.) - 18 млн. лв.;

На 3 346 лечебни заведения - изпълнители на **специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП) - 325 млн. лв.**, от тях:

- за дейност от пакета, осигуряван от НЗОК, съгласно НРД - 252 млн. лв.;
- плащания по Методиката за суми до 85% от базовата стойност за 2021 г. - 30 млн. лв.;

- плащания за подкрепа на персонала на първа линия - 17,7 млн. лв.;
- еднократно допълнително заплащане по § 1, ал.2 от ЗБНЗОК 2021 г. - 25,5 млн. лв.;

На 685 лечебни заведения - изпълнители на **медико-диагностична дейност (МДД) - 142,6 млн. лв.**, от тях:

- за дейност от пакета, осигуряван от НЗОК, съгласно НРД - 123,8 млн. лв.;
- плащания по Методиката за суми до 85% от базовата стойност за 2021 г. - 10,3 млн. лв.;
- плащания за подкрепа на персонала на първа линия - 8,6 млн. лв.;

На 379 лечебни заведения - изпълнители на **болнична медицинска помощ (БМП) - 2 959,5 млн. лв.**, от тях:

- за дейност от пакета, осигуряван от НЗОК, съгласно НРД - 2 094,6 млн. лв.;
- плащания по Методиката за суми до 85% от базовата стойност за 2021 г. - 85,8 млн. лв.;
- плащания по Методиката за суми до 100% от базовата стойност за 2021 г. - 157,3 млн. лв.;

- плащания за осигуряване на комплексно интензивно лечение на пациенти с COVID-19 по чл. 4, ал. 5 от ЗБНЗОК за 2021 г. - 62 млн. лв.;
- допълнителни трудови възнаграждения за медицинския персонал по реда на чл. 5 от ЗБНЗОК за 2021 г. - 197,5 млн. лв.;
- плащания за подкрепа на персонала на първа линия - 299,6 млн. лв.;

- заплащане на незаплатени дейности и приложените към тях медицински изделия за 2017 г. и 2018 г., съгласно § 1, ал. 4 от ЗБНЗОК за 2021 г. и по изпълнителни листове - 62,6 млн. лв.

УС НА БЛС СЕЗИРА СТОЛИЧНАТА КОМИСИЯ ПО ПРОФЕСИОНАЛНА ЕТИКА ЗАРАДИ НЕВЕРНИ ТВЪРДЕНИЯ НА ДОЦ. АТАНАС МАНГЪРОВ

20 януари 2022 г.

Управителният съвет на Български лекарски съюз взе решение и сезира Столичната комисия по професионална етика във връзка с поредните неверни твърдения и откровени лъжи на доц. Атанас Мангъров по „Нова телевизия“ на 16 януари т. г. В национален ефир доц. Мангъров заяви: „... тези 564 души, които са починали, са починали, защото са ваксинирани“. Разликата между „починали ваксинирани“ и „починали, ЗАЩОТО са ваксинирани“ може да е само една дума, но тя прави казаното от доц. Мангъров откровена лъжа. Лъжа, която

си „играе“ със страховете и притесненията на хората.

Според единствената достоверна и официалната информация на МЗ и ИАЛ в България няма случай на доказана причинно-следствена връзка между ваксина срещу COVID - 19 и смъртен изход. И още: 9 са случаите от началото на ваксинационната кампания, в които е подозирана връзка между поставяне на ваксина срещу Covid-19 и смъртен изход, като в нито един от тях връзката не е доказана.

В същото предаване доц. Мангъров цитира данни от епикриза на 26-годишен мъж от Плевен, за когото твърди, че две седмици след ваксина-

ция е бил в интензивното отделение на болницата в Плевен с ДИК синдром и заяви, че има връзка между ваксинацията и последвалото настаняване в лечебно заведение на младия мъж, добавяйки: „Тези случаи не се съобщават.“ Твърдение, което отново не корелира с истината, изкривява информацията и е откровена конспирация.

С изказванията си, подкрепени от псевдонаучни аргументи, доц. Мангъров погизва етичните принципи на лекарската професия.

Публичното говорене на лъжи, изречени от медицинско лице, уронва престижа на цялото съсловие, обръква

хората, всява страх и насажда агресия сред обществото. През последните дни, като резултат от подобно говорене, станаме свидетели на два случая на нападнати медици в Русенско.

УС на Български лекарски съюз очаква Етичната комисия към Столична лекарска колегия да се произнесе в най-кратки срокове по казуса. Този наш сигнал добавяме към процедурата, която тече в момента.

Разпространението на фалшиви твърдения не трябва да остава без последици, а когато те са изречени от лекар е резонно да се замислим дали той е достоен да носи тази титла.

ПРЕПОРЪКИ ОТ МЗ, СВЪРЗАНИ С ВАКСИНАЦИЯТА СРЕЩУ COVID-19

Препоръки от Министерство на здравеопазването и Експертният съвет по надзор на имунопрофилактиката, свързани с ваксинацията срещу COVID-19.

✓ При лица, заболели от COVID-19 след прилагане на първа доза от ваксините с двудозов режим на имунизация, втората доза ваксина се поставя не по-рано от 90 дни след лабораторно потвърждаване на диагнозата.

✓ Преболедали от COVID-19 могат да се ваксинират с пълна имунизационна схема не по-рано от 90 дни след лабораторно потвърждаване на диагнозата.

✓ Бустерна доза ваксина след завършен ваксинационен курс се прилага не по-рано от 90 дни от датата на поставяне на втората доза (при двудозовите ваксини) и първа доза (при еднодозовите ваксини).

✓ иРНК ваксина (на производителя Pfizer/BioNTech или на производителя Moderna) може да се поставя като бустерна доза след завършен ваксинационен курс с иРНК или векторна ваксина не по-рано от 90 дни след завършения ваксинационен курс.

✓ Във връзка с установения повишен риск от миокардити и перикардити при юноши и млади мъже след прилагане на иРНК ваксини, проявен макар в много редки случаи, преимуществено при прилагане на Spikevax при мъже до 30 години да се предпочита бустер Comirnaty.

✓ При хомоложна, както и при хете-



Министерство на Здравеопазването

роложна ваксинационна схема, бустерната доза от ваксината Spikevax 0,25 ml, съдържаща 50 микрограма иРНК, което е половината от първичната доза (одобрено в КХП на ваксината).

В допълнение, считано от 08.01.2022 г. и съгласно Кратката характеристика на продукта COVID-19 Vaccine Janssen в Националната здравно-информационна система (НЗИС) ще е възможно да се регистрира и поставянето на втора доза COVID-19 Vaccine Janssen 60 дни след поставена първа доза от същата ваксина, както и поставянето на бустерна доза COVID-19 Vaccine Janssen 90 дни след завършен курс с иРНК ваксина (Comirnaty или Spikevax).

Напомяваме, че съгласно одобрената от Европейската агенция по лекарствата продуктова информация на ваксините срещу COVID-19, разрешени за употреба в ЕС, бустерна доза ваксина се прилага само при лица на и над 18 г.

Поставянето на допълнителна доза ваксина, по лекарска преценка и препоръка, при имунокомпрометирани лица е възможно не по-рано от 28 дни след завършена ваксинационна схема за

следните ваксини и възрастови групи:
- ваксина Comirnaty - за лица от 5 години нагоре;
- ваксина Spikevax - за лица от 12 години нагоре.

Предвид гореизложеното, моля да предприемете необходимите действия за своевременно информиране и разясняване на медицинските специалисти от временните имунизационни пунктове и на общопрактикуващите лекари в страната за одобрените от МЗ препоръки на Експертния консултативен съвет по надзор на имунопрофилактиката и създадени функционалности в НЗИС.

В рамките на своите правомощия, съгласно нормативната уредба, свързана с имунизациите в Република България, всяка РЗИ следва да създаде необходимата организация за осъществяване на системен надзор на имунопрофилактиката на територията на областта, в т.ч. и извършване на контрол върху прилагането и съхранението на ваксините срещу COVID-19 и при необходимост оказване организационно-методична помощ на медицинските специалисти.

IN MEMORIAM

НАПУСНА НИ ЗАВИНАГИ ПРОФ. ЕКАТЕРИНА ТИТЯНОВА, Д.М.Н.

Български лекарски съюз изказва своите дълбоки съболезнования на семейството, колегите и близките на академик проф. д-р Екатерина Титянова, д.м.н. - изключителен човек и лекар, отдаден на пациентите, медицината и науката.

Екатерина Титянова е професор по неврология, доктор на медицинските науки и ръководител на клиника „Функционална диагностика на нервната система“. Проф. Титянова е възпитаник на Медицинска академия - София. През 1987 г. придобива специалност по нервни болести, през 1990 г. - образователна и научна степен „доктор“, а през 2007 г. - научна степен „доктор на науките“. От 2003 г. е доцент във ВМА - София, а от 2009 г. - професор по неврология.

Акад. Титянова специализира неврология, неврофизиология и двигателен контрол на походката в престижни университети в Австрия, САЩ, Мексико, Германия и Финландия. Призната за международен експерт по неврофизиология, тя създава Българска школа по неврофизиология. Научната ѝ работа включва монографии, учебници, ръководства и над 250 публикации у нас и в чужбина. Съавтор е на национални и международни учебни ръководства. Учредител и председател е на Българската асоциация по неврофизиология и мозъчна хемодинамика. Член е на Изпълнителния комитет на Изследователската група по неврофизиология към Световната федерация по неврология. Създател и главен



редактор е на периодичното научно двуезично английско-българско списание „Neurosonology and Cerebral Hemodynamics“, което се реферира в Emerging Sources Citation Index. Член е на редакционните колегии на списанията „Neurosonology“ (Япония), „Archivos de Neurociencias“ (Мексико), електронното списание „Oruen“ и на 6 национални научни списания.

Екатерина Титянова е носител на наградите „Merrill Spencer Award“ на Европейското дружество по неврофизиология и мозъчна хемодинамика (2009), „Golden Hippocratic Oath“ на Balkan Association for History and Philosophy of Medicine (2015), Националната медицинска награда в категориите „Световно признание в медицинската наука“ (2017) и „Медицина и образование“ за създаване на школа по неврофизиология (2018). Тя е удостоена с Почетен знак на Министерството на отбраната (2016), медал „Петър Берон“ на Българската академия на науките и изкуствата (2017) и почетна грамота на Български червен кръст за проявен хуманизъм (2018). Носител е на голямата награда „Питагор“ 2018 г. за цялостен принос на Министерството на образованието и науката. През 2018 г. Академик Титянова получава Почетен знак на Българския лекарски съюз и почетна грамота на Столичната колегия.

Поклон пред паметта ѝ!

БЛС НАСТОЯВА ЗА НЕЗАБАВНИ ДЕЙСТВИЯ ОТ СТРАНА НА ПРОКУРАТУРАТА ВЪВ ВРЪЗКА СЪС СЛУЧАЙ НА ЖЕСТОКА АГРЕСИЯ В ЛЕКАРСКИ КАБИНЕТ

17 януари 2022 г.

Български лекарски съюз сезира Прокуратурата на Р България и настоява за незабавни действия от страна на компетентните органи заради упражнената вербална и физическа агресия срещу д-р Ивайло Иванов в кабинета му в с. Ново село, Русенско.

От клипове, публикувани в социални мрежи, се вижда как двама души влизат в кабинета на общо-практикуващия лекар, започват да го снимат, задавайки му въпроси и в присъствието на медицинската сестра се стига до физическа агресия, придружена от непрекъсната вербална атака и отказ да се напусне кабинетът.

Български лекарски съюз е категоричен, че няма да търпи лекари да бъдат унижавани, подлагани на тормоз и душени, докато се опитват да си вършат работата и настоява законът да бъде приложен с цялата му строгост!

Пороят от обидни думи, придружени със закани за убийство и затвор, размяната на юмруци и опит за душене на медицинско лице са недопустими!

Съсловната организация е категорична, че подобна агресия е грозна,

унизителна, крайно неприемлива, прекрива всички граници на нормалността и настоява за бързи действия от страна на Прокуратурата. БЛС се ангажира с юридическата защита на д-р Ивайло Иванов, както и на всеки друг лекар, който е подложен на насилие. Цялата организация, с всички налични ресурси, ще направи необходимото, за да бъдат подведени под отговорност виновните.

Припомняме, че на телефон 02/ 9 07 07 07 могат да бъдат подавани сигнали за упражнена агресия над лекари и специалисти по здравни грижи. Те ще бъдат незабавно насочвани към Главния прокурор, съгласно подписаното споразумение между БЛС, МЗ и Прокуратура на Република България.



НАД 34 000 ЛВ. СЪБРА КАМПАНИЯТА „ЗА ДЕЦАТА НА ГЕРОИТЕ В БЯЛО“

16 деца на медици, загубили битката с Covid-19, получиха финансова подкрепа в навечерието на Рождество Христово. Миналата година, в навечерието на най-светлите празници, Български лекарски съюз, с подкрепата на Ники Кънчев, Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи и доброволческите организации „Защото сме хора“ и „Благодаря Ви, че Ви има“ стартира инициативата за финансово подпомагане на децата на починалите от Covid-19 медици под надслов: „За децата на героите в бяло“.

За една година бяха събрани 34 700 лв. С тях ще бъдат подпомогнати 16 деца между 4 и 17 години.

С цел прозрачност, всички събрани средства от инициативата бяха разпределени от Българския лекарски съюз и Ники Кънчев към децата на починалите български медици.

Всяко дете получава финансова подкрепа от над 2 100 лв.

В навечерието на светлите празници е трудно да намериш утеха, когато съдбата е белязала завинаги детските души. Инициативата „За децата на героите в бяло“ не може да върне най-ценното: бащата на децата им, майката в семейството. Може обаче да даде път на доброто и човешкото във всеки от нас.

Благодарим на всички дарители, фирми и частни лица, които протегнаха ръка в тежък момент. Благодарение на Вас се надяваме да подарим усмивка и утеха!

Защото само заедно можем да се справим!

Кампанията остава отворена за всеки, който желае да се включи.

Дарителска сметка:

Титуляр: Български лекарски съюз
Банка: УниКредит Булбанк АД
BAN: BG55UNCR70001523991300
BIC: UNCRBGSF
Основание: МЕДИЦИ COVID-19



ЗА ДЕЦАТА
на героите в бяло

ПИСМО ДО НЗОК ВЪВ ВРЪЗКА С НЕРАЗПЛАТЕНИ СРЕДСТВА

Във връзка със сигнал, получен в УС на БЛС на 5 януари 2022 г., съсловната организация се обръща с писмо до НЗОК със следното съдържание:

ДО
ПРЕДСЕДАТЕЛЯ И ЧЛЕНОВЕТЕ
НА НАДЗОРНИЯ СЪВЕТ НА НЗОК

ДО
ПРОФ. Д-Р ПЕТКО САЛЧЕВ
УПРАВИТЕЛ НА НЗОК

Относно: Изпълнение на Условия и ред в изпълнение на §1, ал. 2 от ЗБНЗОК за 2021 г., определени съвместно между НЗОК и БЛС, № РД-НС-01-2 от 11.11.2021 г.

**УВАЖАЕМИ Д-Р ЗЛАТАНОВ,
УВАЖАЕМИ ПРОФ. САЛЧЕВ,**

В Централата на БЛС постъпи сигнал от РЛК Добрич, че до момента изпълнителите на първична и специализирана медицинска помощ от областта не са получили средствата за еднократно допълнително заплащане на изпълнителите на ПИМП и СИМП, съгласно Условия и ред № РД-НС-01-2 от 11.11.2021 г. Моля незабавно да ни осведомите за причините на лекарите от област Добрич да не са преведени полагащите им се суми по горесцитираните ред и условия.

В тази връзка моля да ни предоставите информация за разпределените суми по РЗОК:

1. За извършване на еднократно допълнително заплащане на изпълнителите на ПИМП;
2. За извършване на еднократно допълнително заплащане на изпълнителите на СИМП;
3. За датите, на които са извършени преводите на тези средства от ЦУ към РЗОК.

С УВАЖЕНИЕ,
Д-Р ИВАН МАДЖАРОВ
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА УС НА БЛС

На 06 януари 2022 г. от НЗОК се получи следният отговор:

ДО
Д-Р ИВАН МАДЖАРОВ
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА УС НА БЛС
БУЛ. АКАД. ИВ. ЕВСТ. ГЕШОВ № 15
ГР. СОФИЯ, 1431

ОТНОСНО: Писмо с изх. № 3 от 05.01.2022 г. от БЛС
(наш вх. № 17-01-1 от 06.01.2022 г.)

УВАЖАЕМИ Д-Р МАДЖАРОВ,

В отговор на Ваше писмо с изх. № 3 от 05.01.2022 г., относно изпълнение на Условия и ред в изпълнение

на § 1, ал. 2 от Закона за бюджета на НЗОК за 2021 г., определени съвместно между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз, № РД-НС-01-2 от 11.11.2021 г., Ви уведомявам за следното:

С решение №РД-НС-04-153 от 16.12.2021 г., Надзорният съвет на НЗОК утвърди определените единични суми за всеки вид дейност за формиране на сумата за еднократно допълнително заплащане за всеки изпълнител на първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП) и специализирана извънболнична медицинска помощ (включително за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение) (СИМП) и средства на всяка РЗОК за извършване на еднократно допълнително заплащане на изпълнителите на ПИМП и СИМП, съгласно т.У.З. от Условия и ред № РД-НС-01-2 от 11.11.2021 г.

С писмо с изх.№20-00-447/16.12.2021 г. на управителя на НЗОК са дадени указания към директорите на РЗОК, където е разяснен начина на изчисляване на сумите за еднократно допълнително заплащане за всеки изпълнител на ПИМП/СИМП и извършване на плащане след подписване на допълнително споразумение, изпращане на месечни известия и постъпил от изпълнителя финансов документ.

В приложение към настоящото писмо, Ви представяме информация за извършените плащания през м. декември 2021 г. по данни от касовите отчети предоставени в ЦУ на НЗОК от директорите на РЗОК на ФТР сървър на НЗОК.

На служителите от РЗОК Добрич, допуснали неизпълнение на текущо административно задължение и неспазили разпореждане на управителя на НЗОК с писмо с наш изх.№ 20-00- 447/16.12.2021 г. ще се потърси дисциплинарна отговорност.

Приложения: Съгласно текста само за адресата.

Копие на Решение на Надзорния съвет на НЗОК с № РД-НС-04-153 от 16.12.2021 г.

Копие на писмо с Изх.№ 20-00-447/16.12.2021г. на управителя на НЗОК до директорите на РЗОК.

Справка за извършените еднократно допълнително заплащане на изпълнителите на ПИМП и СИМП по реда на раздел VI от Условия и ред № РД-НС-01-2 от 11.11.2021 г. през м.12.2021 г.

Писмо от РЗОК Добрич с №35-00-11(1) от 06.01.2022 г.

С уважение:

ПРОФ. Д-Р ПЕТКО САЛЧЕВ
УПРАВИТЕЛ НА НАЦИОНАЛНАТА
ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

С цялата кореспонденция и приложенията към нея можете да се запознаете на www.blsbg.com.

БЛС Е ГОТОВ ДА ИЗЛЪЧИ СВОИ ПРЕДСТАВИТЕЛИ В РАБОТНАТА ГРУПА, СФОРМИРАНА ОТ МИНИСТЪР-ПРЕДСЕДАТЕЛЯ

15 януари 2022 г.

Български лекарски съюз с недоумение следи събитията от последните дни, дискусиите, която се води „за“ и „против“ зелените сертификати и дебатите за това какви трябва да бъдат въведените мерки за овладяване на епидемията от Covid-19 у нас.

За пореден път, на фона на засилващия се натиск върху здравната система, на фона на близо 33 000 загубени човешки живота, сред които и тези на над 170 колеги медици, ставаме свидетели на това как науката и фактите бяха оставени на заден план.

За пореден път ставаме свидетели на това как, давайки се гласност на определени личности, чиито тези се основават на псевдонаучни аргументи, се насажда внушение, че сред медиците има разнопосочни мнения. Внушение, което не отговаря на истината. Крайно време е конспиративните теории да бъдат оставени настрана! Работа, но и задължение на медиците е да представят безпристрастна и научно доказана информация.

Затова ние от Български лекарски съюз категорично и за пореден път заявяваме:

Ваксината е единственият известен засега начин да се защитим от коварната болест. Ние, лекарите, вече дадохме пример и над 75 процента от нас се ваксинараха, заедно с преболедалите колеги, защитените медици сме около 90 на сто.

Зеленият сертификат не трябва да бъде отменян, особено по време

на разгара на петата вълна. Нещо повече - у нас той беше въведен със закъснение.

Не на последно място: БЛС заявява своята готовност да излъчи свои представители, притежаващи нужната експертиза и познания, в работната група, която ще бъде формирана от министър-председателя Кирил Петков за обсъждането на мерките в Националния оперативен план за справяне с пандемията от COVID-19.



Д-Р СИЛВИЯ СТОЕВА:

Тепърва ще наблюдаваме ефектите от пандемията в психологичен и психиатричен аспект

Д-р Силвия Стоева завършва медицина преди 4 години в МУ – Пловдив и месеци по-късно започва специализацията си в клиниката по психиатрия към УМБАЛ „Св. Георги“. Миналата година в пика на поредната вълна на пандемията попада в инфекциозното отделение на болницата. Челният сблъсък с вируса първоначално я плаши, но след това я мотивира да работи още по-самоотвержено.

Психиатрията – тънка и фина специалност

Д-р Стоева е първият лекар в дома си – в семейството ѝ няма други медици и никой не я насочвал към медицината. Спира се на нея заради интереса си към химията, а по-късно се заражда и този към душевните страдания на хората.

„Харесваше ми психиатрията, имах интерес към нея, избрах я и до ден-днешен не съжалявам за избора си. Много тънка и фина професия е, малко нестандартна като специалност, защото човешката душа – не можеш да я пипнеш, не можеш да я видиш“, казва тя.

По думите на д-р Стоева за психичните заболявания у нас не се говори достатъчно, а пациентите с подобни проблеми често са стигматизирани. Именно натам според нея трябва да бъдат насочени усилията на здравните власти в бъдеще.

„В болницата ние обхващаме острата фаза на дадено психическо разстройство, но може би е добре да се помисли и за рехабилитация на такива пациенти след изписването им от болницата. Да се намерят механизми те да бъдат по-лесно интегрирани в обществото“, пояснява д-р Стоева.

Препоръчва на хората, които се съмняват, че имат нужда от помощ, да не се колебаят да потърсят такава, тъй като психическите проблеми могат да инвалидизират целия и професионален и



социален живот на даден човек. А от друга страна обществото трябва да стане по-солидарно и съпричастно спрямо хората с подобни проблеми, смята лекарят.

Ковид и неговите тлеещи щети

В отделението на д-р Стоева най-често идват пациенти с шизофрения и биполарно

разстройство. Заради пандемията от Ковид обаче се наблюдава завишена тревожност сред постъпващите.

„Отключва се една тревожна симптоматика при пациентите, преболели от Ковид, особено при тези, които са били в интензивни отделения и в тежко състояние. В клиниката имаме много случаи на интубирани пациенти, които след преживения шок развият депресивна симптоматика“, казва тя.

Самата изолация и страхът от пандемията също оказват пагубно влияние на хората с психични проблеми, но не само. Много хора, които преди са нямали подобни симптоми, в момента ги отключват. Наблюдава се и увеличаване на пациентите с обесивно-компулсивно разстройство.

„Според мен тепърва ще наблюдаваме ефектите на пандемията в психологично-психиатричен аспект“, категорична е лекарят.

Пандемията отвъд статистиката

Д-р Стоева попада в инфекциозното отделение на УМБАЛ „Св. Георги“, когато „Делта“ вариантът на Ковид-19 се разпространява най-засилено у нас. Пациентите идват един след друг, динамиката е огромна, а част от случаите, на които е попаднала там, д-р Стоева няма да забрави цял живот.

„Когато отидох там се страхувах не от самото заболяване, защото бях и ваксинирана, и прекарала вируса, а по-скоро от това дали ще се справя с работата, тъй като не съм много в свои води. Дали ще мога да помогна на тези хора по най-добрия начин. Впоследствие свикнах, благодарение колегите там. Те ми помагаша много“, разказва младият медик.

Именно затова, д-р Стоева изказва своята благодарност към хората, които е срещнала в рамките на престоя си в Инфекционно отделение – където е видяла колко всеотдаен може да бъде един лекар.

„Имало е тежки случаи, имало е такива, които са ми останали в съзнанието, но в крайна сметка излязох от там по-удовлетворена и уверена в себе си. Не съжалявам, че попаднах там, въпреки първоначалните си страхове“, казва тя.

Докато тече нейният едномесечен престой в инфекциозната клиника, там попадат нейните баба и дядо, които тя така и не успява да накара да се

ваксинират преди това.

„Баба ми непрекъснато четеше разни съмнителни сайтове и тя беше абсолютно против ваксините. Аз съм се опитвала с месеци да я убедя, че тази ваксина, предвид нейната възраст и диабет, е задължителна. Играеше си на руска рулетка, в крайна сметка се разболя и се наложи двамата с дядо да бъдат хоспитализирани, защото на техните години нямаше как да прекарат заболяването леко“, пояснява тя.

Едва след като напуска излекувана, бабата на д-р Стоева е убедена, че трябва да се ваксинира.

„Но не е нужно да преживяваш Ковид с всичките му усложнения и хоспитализация, за да се убедиш, че този вирус съществува и е опасен“, казва лекарят.

За съжаление, някои пациенти нямат късмета на баба ѝ и дядо ѝ.

„Няма да забравя един възрастен човек в много тежко състояние с куп придружаващи заболявания. Прогнозата за него не беше никак добра. Дъщеря му беше починала наскоро в съседния блок и на мен ми беше много тъжно, защото той дори не беше в състояние да разбере това. Ковид унищожил цели семейства“, заявява д-р Стоева.

Наблюдава и друга негативна тенденция.

„Забелявала съм случаи, в които съпруг и съпруга се разболяват от Ковид, постъпват заедно в инфекциозна клиника и за съжаление, единият завършва престоя си трагично. След това този, който се е излекувал, развива чувство на вина – дали той не е бил първоизточникът на заболяването. Това не е правилен начин на мислене и след такъв стрес срещата с психолог или психиатър е наложителна“, казва лекарят.

За морала и фалшивите сертификати

В рамките на своето едномесечно дежурство, д-р Стоева е приела само един ваксиниран пациент. Над 90% от постъпилите в Инфекционно отделение не са ваксинирани и заболяването при тях се развива с усложнения.

„Благодарение на ваксините – Ковид се прекарва без усложнения. Имам близки – да, разболява се, никой не казва, че си спасен от Ковид, когато си ваксиниран, но много по-леко преминава заболяването, в повечето случаи в домашни условия, без да се налага болнична помощ“, пояснява младият медик.

Д-р Стоева е силен привърженик на ваксинацията и не разбира хората, които избират да си купят сертификати. Още по-малко разбира колегите си, които са склонни да издадат фалшиви такива.

„Има един морален аспект на ситуацията. От едната страна са колегите ни, които се борят с пандемията, опитвайки да спасят животи, а от другата са тези, които решават, че е нормално да издадеш и продадеш фалшив сертификат за завършена ваксинация. Все пак смятам, че човек трябва да има някакви ценности и морални устои, за да прецени дали е редно или не. Оставяме настрана момента, че е незаконно“, възмущава се психиатърът.

Надява се и призовава в бъдеще все повече хора да се ваксинират и да вярват повече в науката.

„А тези, които са заразени с Ковид, да не си налагат самолечение, а да потърсят помощ от лекар, защото не всички антибиотици биха били подходящи за тяхното лечение, а при нужда – да се потърси и психиатрична помощ. Ситуацията с Ковид е нова за нас и е нормално да се потърси изход в даден момент“, казва медикът.

В бъдеще време...

Въпреки трудностите, с които се сблъсква в началото на кариерата си, д-р Стоева е категорична, че удовлетворението от това да видиш един пациент здрав, струва много повече.

След години тя се надява да отвори собствена практика като психиатър, но да не скъсва връзката си с болницата, защото работата там ѝ доставя удоволствие.

В свободното си време обича да чете книги – художествена литература. Твърди, че успява да намери време за себе си и призовава все повече хора да правят това, което ги прави щастливи... и да намират време за важните неща, особено в днешните особени пандемични времена.

Интервю на Милена Енчева



МОЖЕ ЛИ ОПАСЕН МИКРОБ ДА ПРЕДЛОЖИ НОВ НАЧИН ЗА СПИРАНЕ НА БОЛКАТА? СМЪРТОНОСЕН ТОКСИН НА АНТРАКСА – КАНДИДАТ ЗА АНАЛГЕТИК ОТ НОВО ПОКОЛЕНИЕ

Антраксът има ужасяваща репутация. Широко известно е, че причинява сериозни белодробни инфекции при хората и нелицеприятни, макар и безболезнени, кожни лезии. Бактерията антракс дори е била използвана като биологично оръжие.

Резултатите от ново проучване обаче предполагат, че страшният микроб има и неочакван полезен потенциал - един от неговите токсини може да тушира различни видове болка при животните.

Изследването показва, че този специфичен антраксов токсин променя сигнала в отговорните за болката неврони и когато се доставя по целенасочен начин в невроните на централната и периферната нервни системи, може да предизвика облекчение при страдащи животни.

Работата, водена от изследователи в Harvard Medical School в сътрудничество с други учени и изследователи, е публикувана в *Nature Neuroscience*.

Освен това екипът комбинира части от антраксовия токсин с различни видове молекулярни товари и го доставя до чувствителните на болка неврони. Техниката може да се използва за проектиране на ново, прецизно насочено лечение на болка, което действа върху болковите рецептори, но без широко разпространените странични ефекти на настоящите болкоуспокояващи, каквито са опиоидите.

„Тази молекулярна платформа за използване на бактериален токсин за доставяне на вещества в невроните и модулиране на тяхната функция представлява нов начин за насочване към неврони, медиращи болката“, каза старши изследователят на изследването Исак Чиу, доцент по имунология в Института Блаватник в Медицинското училище в Харвард.

Необходимостта от разширяване на настоящия терапевтичен арсенал за управление на болката остава остра, казват изследователите. Опиоидите остават най-ефективните болкоуспокояващи, но пък имат опасни странични ефекти - най-вече тяхната способност да предизвикват мозъчни промени, с което стават пристрастяващи, наред със склонността им да потискат дишането, което може да бъде фатално.

„Все още има голяма клинична нужда от разработване на неопиоидни терапии за болка, които не предизвикват пристрастяване, но са ефективни за овладяване на болката“, заявява водещият автор на изследването Никол Янг, научен сътрудник на HMS по имунология в Chiu Lab. „Нашите експерименти показват, че една стратегия, поне експериментално, може да бъде конкретно насочване към невроните на болката, използвайки този бактериален токсин.“

Изследователите обаче предупреждават, че засега този подход остава чисто експериментален и все още трябва да бъде тестван и допълнително усъвършенствен в повече проучвания върху животни и в крайна сметка при хора.

Готови за взаимодействие

Изследователите от лабораторията „Chiu“ отдавна се интересуват от взаимодействието между микробите и нервната и имунната системи. Предишно проучване, ръководено от Чиу, показва, че други болестотворни бактерии също могат да взаимодействат с невроните и да променят сигналите, но в посока да усилят болката. И все пак

само шепа проучвания досега са разглеждали дали определени микроби могат да намалят или блокират болката. Това са се заели да направят Чиу и Янг.

За целите на цитираното в статията проучване те започват с определяне на това с какво чувствителните на болка неврони се различават от другите в човешкото тяло. За тази цел, те първо използват данни за генната експресия. Едно от нещата, които привличат вниманието им: болковите влакна имат рецептори за антраксови токсини, докато други видове неврони не. С други думи, болковите влакна са структурно подготвени да взаимодействат с бактерията антракс. Изниква обаче въпросът „Защо“.

Новопубликуваното изследване хвърля светлина върху този въпрос.

Констатациите показват, че туширане на болката възниква, когато сензорните неврони на ганглиите на гръбначния корен, нерви, които предават сигнала за болка към гръбначния мозък, се свържат с два специфични протеина, произведени от самата бактерия на антракс. Експериментите показват, че това става, когато един от бактериалните протеини, защитен антиген (РА), се свърже с рецепторите на нервните клетки и образува поря, която служи като врата за два други бактериални протеина, оток фактор (ЕФ) и летален фактор (LF), които могат да бъдат транспортирани в нервната клетка. Изследването допълнително демонстрира, че РА и ЕФ заедно променят сигнализацията вътре в нервните клетки - в резултат на това заглушават болката.



Използване на странностите на микробната еволюция за нови терапии

В поредица от експерименти изследователите открили, че антраксовият токсин променя сигнализацията в човешките съдови нервни клетки, както и при живи животни.

Инжектирането на токсина в мишки произвежда мощни блокира-

щи болката ефекти, предотвратявайки усещането за високотемпературни и механични стимули. Важно е, че другите жизненоважни показатели на животните като сърдечен ритъм, телесна температура и двигателна координация, не са били засегнати - наблюдение, което подчертава, че тази техника е силно селективна и прецизна, без широко разпространените странични ефекти.

Освен това, инжектирането на мишки с антраксовия токсин облекчава симптомите на два други вида болка: болка, причинена от възпаление и болка, причинена от увреждане на нервните клетки, често наблюдавани в резултат на травматично нараняване и някои вирусни инфекции като херпес зостер или усложнение на диабет, както и при лечение на рак.

Освен това изследователите наблюдават, че когато болката намалява, третираниите нервни клетки остават физиологично непокътнати - находка, която показва, че ефектите на блокиране на болката не се дължат на нараняване на нервните клетки, а по-скоро произтичат от промената сигнализация вътре в тях.

В последната стъпка екипът проектира от антраксови протеини „превозно средство“ и го използва за доставяне на други блокиращи болката вещества в нервните клетки. Едно от тези вещества е ботулинов токсин, още една потенциално смъртоносна субстанция, известна със способността си да променя нервната сигнализация. Този подход също блокира болката при мишки.

„Взехме части от антраксовия токсин и ги сляхме с протеиновия товар, който искаме да достави“, каза Янг. „В бъдеще може да се мисли за различни видове протеини, които да доставят целево медикаменти.“

Учените предупреждават, че с напредването на работата безопасността на лечението с токсини трябва да се следи внимателно, особено като се има предвид, че протеинът от антракс причинява нарушаване на целостта на кръвно-мозъчната бариера по време на инфекция.

Новите открития повдигат друг интересен въпрос: еволюционно казано, защо микробът би намалил болката?

Чиу смята, че едно от обясненията - силно спекулативно, добавя той - може да е, че микробите са разработили начини да взаимодействат със своя гостоприемник, за да улеснят собственото си разпространение и оцеляване. В случая на антракс, този адаптивен механизъм може да бъде чрез промяна в сигнализацията, която блокира способността на гостоприемника да усеща болка и следователно присъствието на микроба. Тази хипотеза може да помогне да се обясни защо черните кожни лезии, които бактерията антракс понякога образува, са особено безболезнени, добави Чиу.

„Предоставянето на бактериален терапевтичен препарат за лечение на болка повдига въпроса „Можем ли да използваме естествения свят и света на микробите за аналгетици?“, казва Чиу. „Това може да увеличи обхвата и разнообразието на видовете вещества, които проучваме в търсене на решения.“

ЗАДАВА ЛИ СЕ УНИВЕРСАЛНА ПРОТИВОГРИПНА ВАКСИНА

Учени от Университета в Чикаго и Медицинския факултет *Icahn* в Маунт Синай са идентифицирали нова ахилесова пета на грипния вирус, постигайки напредък в търсенето на универсална противогрипна ваксина. Анти-телата срещу това дълго игнорирана част от вируса, която екипът нарича „котва“, имат потенциала да разпознават голямо разнообразие от грипни щамове, дори когато вирусът мутира, съобщава сп. „Nature“.

„Винаги е много вълнуващо да откриеш ново уязвимо място на вируса, защото това дава шанс за по-ефективен дизайн на ваксини“, казва съавторът д-р Андрю Уорд, професор по интегративна структурна и изчислителна биология в Scripps Research. „Това също така идва да покаже, че въпреки всичките години и усилия за проучване на ваксините срещу грип, все още има нови неща за откриване.“

„Чрез идентифициране на уязвими към анти-телата места, които се споделят от голям брой варианти грипни щамове, можем да проектираме ваксини, които са по-независими от вирусните мутации“, казва съавторът на изследването Патрик Уилсън, доктор по медицина. „Анти-телата, които описва-

ме, се свързват с такова място. Самите анти-телата също могат да бъдат разработени като лекарства с широки терапевтични приложения“.

Обичайно за една година грипът засяга повече от 20 млн. души в Съединените щати и води до повече от 20 000 смъртни случая. Ваксините срещу грип обикновено подтикваат имунната система да генерира анти-телата, които разпознават главата на хемаглутинин (НА), протеин, който се позиционира по повърхността на грипния вирус. Главата е най-достъпната област на НА, което я прави добра мишена за имунната система; за съжаление, най-променливата. От година на година главата на НА често мутира, което налага нови ваксини.

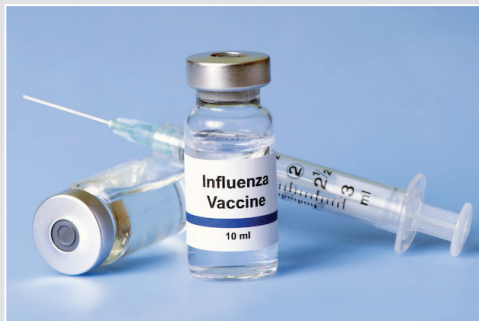
Изследователите са проектирали експериментални ваксини срещу грип, за да бъдат по-универсални, стимулирайки тялото да създава анти-телата срещу по-малко променливия участък на оста (стълбчето) на НА, която се простира като стъбло между грипния вирион и главата на НА. Някои от тези универсални противогрипни ваксини в момента са в ранни клинични изпитвания.

В новото проучване съвместен екип

от учени характеризира 358 различни анти-телата, присъстващи в кръвта на хора, на които е била поставена сезонна грипна ваксина, които са били във фаза I на изпитване за експериментална, универсална противогрипна ваксина, или са били естествено заразени с грип.

Много от анти-телата, присъстващи в кръвта на участниците, са анти-телата, за които вече е известно, че разпознават или главата на НА, или оста. Но наборът от нови анти-телата се откроява ясно - тези, свързани със самата основа на стълбчето, близо до мястото, където всяка молекула НА е прикрепена към мембраната на грипния вирион.

Първите автори - Джулиана Хан, учен в лабораторията на Ward, и Джена Гътмилър, докторант в Чикагския университет - наричат тази част НА котва и започват да я изучават. Учените идентифицират 50 различни анти-телата към НА ковата от общо 21 индивида. Те откриват, че анти-телата разпознават различни грипни вируси H1, които представляват много сезонни грипни щамове. Някои от анти-телата също са били в състояние да



разпознават пандемични H2 и H5 щамове на грип в лабораторни тестове. А при мишките анти-телата успешно защитават срещу инфекция от три различни H1 грипни вируса.

„За да увеличим защитата си от тези силно мутиращи вируси, трябва да имаме колкото се може повече инструменти“, казва Хан. „Това откритие добавя още една много уязвима цел към нашия репертоар.“ Важно е, че тези анти-телата изглеждат доста често срещани при хората и принадлежат към клас анти-телата, които тялото на всеки човек може да произведе - важно съображение при проектиране-

то на ваксина, която да стимулира тяхното развитие.

„Човешката имунна система вече има способността да произвежда анти-телата към този епитоп, така че е просто въпрос за прилагане на съвременни методи за протеиново инженерство, за да се направи ваксина, която може да индуцира тези анти-телата в достатъчен брой“, добавя Гътмилър.

Изследователите казват, че бъдещите подобрения на универсална ваксина биха могли

по-целенасочено да се стремят към генериране на целеви анти-телата. Досега учените, създаващи универсални ваксини, не са обърнали внимание на това дали въпросната област на стълблото е включена като цел. В идеалния случай една универсална противогрипна ваксина ще доведе до образуване на анти-телата срещу множество участъци на вируса, за да се повиши защитата срещу еволюиращите вируси.

Изследователите планират бъдещи проучвания за това как да се създаде ваксина, която най-пряко е насочена към НА ковата на различни грипни щамове.

Д-Р ИВЕЛИНА ГЕОРГИЕВА: Най-тежко е, когато всички легла са заети, а линейките продължават да пристигат

Д-р Ивелина Георгиева завършва медицина през 1993 г. Специализира педиатрия и социална медицина и здравен мениджмънт. От 1999 до 2009 г. е директор на Регионален център по здравеопазване – Сливен. От 2009 до 2017 г. работи в Министерство на здравеопазването, като от 2012 г. е директор на Дирекция „Медицински дейности“ в МЗ. От 2017 до 2019 г. е директор на Националния център за обучение в системата за спешна медицинска помощ. От 2020 г. е зам.-директор по медицинските дейности в УМБАЛ „Св. Анна“, като отговаря за организацията на дейностите, свързани с профилактика, диагностика и лечение на COVID-19.

През какви трудности е преминала болницата и кои са „децата на „Св. Анна“, четете в интервюто, което д-р Ив. Георгиева даде специално за читателите на в-к „Quo vadis“.

- Д-р Георгиева, поредният вариант на Ковид е вече в България, но бих искал да се върнем малко по-назад – в началото на пандемията. Как се справихте тогава със ситуацията в условия на множество неизvestности?

- Скоро се замислих, че вече ще станат почти 2 години откакто един спокоен петък на обяд ни съобщиха, че е открит първият пациент с Ковид-19 (К-19) в нашата болница. Мисля, че беше 26 март 2020 г. Трябва да си призная, че тогава имахем страх, граничещ с паниката – никой не беше подготвен. Да, бяхме чели за заболяването, бяхме разработили планове, имахме заповеди и инструкции, но не се бяхме сблъскали на практика с това. Болницата беше веднага затворена, а дежурният персонал облече онези ужасни костюми и аз никога няма да забравя очите им зад запотените очила и шлемове, пълни с нещо средно между обреченост и саможертва. От тогава мина много време и днес ситуацията е коренно различна. В момента и болницата е напълно подготвена, и колегите – също. Много от тях преболедуваха, а после голям процент се ваксинираха, много болни минаха през болницата, много от тях бяха излекувани, други загубихме ... и сега вече по съвсем различен начин гледаме на епидемията от Ковид-19, и обслужваме болните – без страх и с достатъчно разбиране и за начина на лечение, и за начина на грижа, и за противоепидемичните мерки. Така че извъряхме много дълъг път.

- От гл. т. на управлението на една толкова голяма болница, какви бяха трудностите във времето?

- Първо беше трудно да реструктурираме болницата така, че да осигурим места за лечение само на Ковид болни. Нашата болница по принцип не разполага с особено голям леглов фонд – общият брой на леглата е 514 и обикновено са заети – използваемостта на леглата в нормални условия е над 85%. Обслужваме широк спектър от патологии, налагаща болнично лечение, като голяма част от клиниките са с хирургична насоченост. Т.е. за нас първата трудност беше свързана с това да осигурим капацитет за прием на този нов вид болни. Това означаваше някои от клиниките да бъдат трансформирани и да бъде намалена същността на им дейност за сметка на грижата за болните с Ковид – напр. Клиниката по вътрешни болести, която разполагаше със 130 легла, в един момент по време на втората вълна остана едва с 5 за лечение на пациенти извън Ковид. Дори в един момент се наложи територията на клиниките по хирургия, очни болести и т.н. да бъде използвана за разкриване на отделения, които да поемат пациентите с К-19. Само че в болницата продължаваха да идват и пациенти с други заболявания, които имаха нужда от настаняване, и трябваше да намерим място и за тях. Особено тези по спешност, тъй като УМБАЛ „Св. Анна“ е болница, която работи основно с условия на спешност и разполага с много голямо Спешно отделение, което е изключително натоварено – средно годишно през него минават над 50 000 пациенти, от които 15-16 000 се хоспитализират по спешност. Важно значение за това има обстоятелството, че УМБАЛ „Света Анна“ разполага с високоспециализирани структури по неврохирургия, кардиохирургия, травматология, инвазивна кардиология, неврология и др., които поемат спешността не само на София град и Софийска област, но и на страната. В този смисъл за нас най-трудното не беше разкриването на Ковид отделения, а поддържане на дейността на тези ключови болнични структури за прием на болни с други заболявания, които така или иначе продължаваха да постъпват. В крайна сметка обаче се справихме и с това. И в момента мога да кажа, че успяваме да обслужим всички спешни случаи и да имаме достатъчно места за пациенти с Ковид.

Другият голям проблем беше, когато започнаха да идват пациенти, които са с някакво друго остро заболяване и К-19. Те не можеха да бъдат настанени в специализираните Ковид

отделения, а трябваше да бъдат лекувани в клиниките по профила на заболяването. Напр. идва пациент с травма, но по време на теста, който винаги правим преди постъпването, се установява, че е инфектиран със SARS-CoV-2. Това наложи и в другите ни специализирани, вкл. хирургични звена, да обособим стаи за изолация на тези болни, отделни операционни, да създадем организация, така че да има пренос на инфекция. Мога да кажа, че се справихме добре. В момента в почти всичките ни специализирани звена има такива болни, които получават лечение и за Ковид, ако имат нужда, и специализираното си лечение, по повод на което са постъпили – било то оперативно или не.

- Предполагам, че всичко това означава допълнителни разходи за болницата?

- О, да, извънредните разходите започват първо с тези, свързани с противоепидемичните мерки, защото използваните количества дезинфектанти, консумативи, тестове, предпазни средства и т.н. нараснаха рязко. Значително се увеличиха разходите за кислород, определени медикаменти, свързани с протокола за лечение на Ковид, лабораторни и образни изследвания и т.н., и т.н. Освен това се налага реорганизация на персонала – даване на допълнителни дежурства, което от своя страна е свързано с допълнително заплащане. Но не това е най-големият проблем. Болницата ни е стабилна финансово и сме в състояние да покривем всички финансови разходи. Основният ни проблем е осигуряването на достатъчно човешки ресурси, за да можем да покривем дейността на допълнителните Ковид отделения. А това е ресурс, от който не можем да си „купим“ още. Хората ни са същите, малко са и вече са много уморени. Да не говорим, че в началото на епидемията голяма част от колегите ни започнаха да се разболяват и да „излизат от строя“. И ако единия ден си успял да осигури графика на отделение с лекари и мед. сестри, на следващия се оказва, че сред тях има заболели и трябва да търсим нови и нови варианти. Слава богу, в момента това не е така. Освен че много от колегите преболедуваха К-19, ние имахме един от най-високите проценти на ваксинация в нашата болница – над 80% от персонала е ваксинирани. Специално при лекарите този процент надвишава 90%, при мед. сестрите малко по-малко. Така че колегите ни са защитени и все по-рядко хора отсъстват заради заболяване. В момента имахме десетина заразени колеги, но понеже са ваксинирани, те преминават през заболяването изключително леко и бързо се връщат обратно на работа. Освен това болницата беше ангажирана с допълнителни дейности – организирахме триажа за бързи антигенни тестове, имахме много голям ваксинационен център, който прави ваксинация за цялото население. И за всичко това трябва хората. Но за много от колегите ни това се превърна в нещо като мисия – видяха какво причинява това заболяване, част от тях загубиха свои близки, и в момента работят изключително всеотдайно, дават всичко от себе си с цената на доста голямо натоварване и допълнителен труд.

- Кколко Ковид отделения има в УМБАЛ „Св. Анна“?

- Много. (усмива се) Болницата е разкрила 165 легла за лечение на болни с К-19, което е повече от 30% от общия ни капацитет. В момента има 4 отделения за лечение на болни с Ковид в неусложнено състояние, Инфекциозно отделение, което в момента разполага с 44 легла и 3 отделения към Клиника по вътрешни болести – цели 3 етажета със 105 легла. Едно от хубавите неща на нашата болница, това, което ни даде възможност по-бързо да се справим, е, че ние сме една от малкото големи болници, които традиционно си имат Инфекциозно отделение. То е добре обезпечено със специалисти – работят 8 лекари със специалност, имаме и специализиращи такива. Това отделение всъщност беше първото, което пое удара и впоследствие мултиплицира своя опит в другите отделения. Отделно имахме разкрити легла към Неврологична клиника, защото се оказа, че



много често Ковид протича с неврологични усложнения. Наред с това в Детско отделение имаме 5 педиатрични легла за лечение на деца до 18 години с Ковид-19. Между другото днес 3 от тях са вече заети. Може би тази вълна ще се характеризира с това, че повече деца ще бъдат засегнати. Такава тенденция забелязваме напоследък. Слава богу, повечето от тях не са за болнично лечение. Освен това имаме обособено отделение към Клиника по анестезиология и интензивно лечение, където се осъществява интензивното лечение на болните от Ковид. В момента 18 пациенти са настанени там.

В Спешно отделение имаме организирана Ковид зона за триаж и прием на пациенти с Ковид-19, която разполага с капацитет 12 места за престой и лечение на болни, чакащи за хоспитализация. По време на най-големите пикове на Ковид-вълните тези места бяха постоянно заети. Всяко освободено болнично легло се заемаше веднага от нов болел и поемахме следващия чакащ...

Извън тези специализирани структури за лечение на болни, при които К-19 е основна причина за хоспитализация, във всички други клиники на болницата има обособени изолационни зони, в които се приемат болни, при които Ковид се явява съпътстващо заболяване или безсимптомна инфекция.

Това наложи да създадем допълнителна организация, свързана с приема на пациенти и дейността на Спешно отделение, точно за да можем да отсеем потоците – от една страна, да поемем пациенти, които са с предпологаем или доказан Ковид, от друга страна, да продължим обичайният прием на болни с друга патология, като пациентите, които постъпват, да бъдат тестирани предварително, за да сме наясно какъв е епидемиологичният риск. Обособихме отделна операционна зона, където такива пациенти да бъдат оперирани, така че да няма риск от вътрешболнични инфекции.

Беше дълъг процес, наистина. Но може да се каже, че ние вече се научихме да живеем и работим с Ковид като част от рутинната ни медицинска дейност. Макар че все бдем много щастливи, ако ни се наложи да извършим целия този път обратно.

Но ако трябва да сме обективни, Ковид-19 е само едно предупреждение, че инфекциозните заболявания все още се явяват сериозен здравен риск и не следва да бъдат подценявани от медицинската наука и практика. И системите на здравеопазване трябва да бъдат подготвени за справяне с подобни кризи. В тази връзка ние сме в процес на разработване на проект за реконструкция и модернизация на Инфекциозно отделение с обособяване на диагностична и терапевтична зона за комплексна диагностика и лечение на инфекциозни болести.

- Имате ли данни колко от настанените за лечение на Ковид пациенти при вас са ваксинирани?

- Да, водим такава статистика. Над 90% от постъпващите са неваксинирани. Много малък е броят на ваксинираните и определено прави впечатление, че дори да се наложи постъпване в болница, те боледуват доста по-леко, с по-кратък болничен престой и почти никога няма летален изход.

- От първоначалните модели на лечение на Инфекциозното отделение до сега, наложи ли се определен протокол на лечение?

- Имаме собствен протокол, който разработихме още преди появата на този на национално ниво. После го адаптирахме неколкратно в съответствие с протокола на МЗ и всички новости, които излизат. Колегите задълбочено изучават ефектите на различните медикаменти – имаме вече натрупан солиден опит при работа с Ремдесивир, вече прилагаме и терапия с моноклонални антитела и според нас те имат своето място и своя ефект. За съжаление, все пак има пациенти, на които въпреки всички положени усилия, не можем да помогнем.

- Разполагате ли с данни за преминали болни, излекувани, леталити?

- Да. Например през миналата 2021 г. през болницата са преминали над 4500 болни с Ковид. От тях на интензивно лечение са били 675 и за съжаление, над 500 от тях са починали. Това е един сериозен процент, но трябва да се има предвид, че при нас в КАИЛ постъпват и пациенти в крайно тежко състояние, преведени от други лечебни заведения, така че в тази тъжна статистика влизат не само пациенти, които ние сме лекували. Нека си го кажем – това е заболяване, при което никой не е застрахован от лош изход и аз продължавам да съм изумена от това, че все още много хора не разбират сериозността и не вземат решение да се предпазят като се ваксинират.

Д-Р ДАФИНКА КОЛЕВА: ЧАСТ ОТ ПРЕДИШНИТЕ НИ ПАЦИЕНТИ С КОВИД ПРОЯВЯВАТ ПО-ТЕЖКА СИМПТОМАТИКА ПРИ ПОВТОРНО ПРИЕМАНЕ В БОЛНИЦА

- Д-р Колева, нека започнем със сравнение между пандемията преди и пандемията сега. По какво се различава ситуацията у нас сега спрямо миналата зима?

- Като цяло пациентите, които идваха миналата зима, бяха дълго време лекувани въкъщи. Постъпвайки в болница, те бяха в по-напреднал стадий на заболяването с прояви на тежка дихателна недостатъчност, тъй като тогава информацията по отношение на болестта беше по-оскъдна. На този фон пациентите, които сега идват, са по-информирани. Те започнаха да обръщат внимание на заболяването още при първите му симптоми и неслучайно биват хоспитализирани за по-дълго време, тъй като разгръщат по-голяма част от симптомите си в самото лечебно заведение. Личните лекари също много по-рано разпознават симптомите на заболяването и успяват да насочат пациентите своевременно. Това улеснява и нас, защото е много по-лесно да лекуваш пациент, който е дошъл на третия или четвъртия ден от болестта си, в сравнение с пациент, който е чакал две седмици и състоянието му се е влошило критично. Прави ми много силно впечатление обаче, че започнаха да се връщат пациенти, които миналата година бяха хоспитализирани със същото заболяване. Част от тях са по-леко болни, но част от тях проявяват по-тежка симптоматика в сравнение с миналата година.

- Намалява ли смъртността сред пациентите?

- Често казано аз не съм водила подобна статистика. Истината е, че както преди, така и сега има пациенти, които са с голям брой придружаващи заболявания. Те са много рисков контингент и от тях може да се очаква абсолютно всичко, както едно рязко влошаване и неподдаване на терапия, така и влошаване на съпътстващите заболявания. Именно тези са и пациентите, които най-често стигат до лета-



Д-р Дафинка Колева е кардиолог в Кардиологичната клиника на УМБАЛ „Св. Анна“ - София. Близо две години обаче тя работи в преструктурираното в Ковид кардиологично отделение. По какво си приличат и по какво се различават етапите на Ковид пандемията и как болниците издържат на наплива, разказва самата тя в интервю за „QUO VADIS“.

лен край, тъй като COVID е последното камъче, което обръща колата. По отношение на по-младите възрастови групи – там нещата може би са с подобрение, защото самите пациенти, както казах, започнаха да идват по-рано и съот-

ветно са подходящи за терапия с по-голям набор от медикаменти. А истината е, че в момента вече са налични доста медикаменти, които могат да се прилагат в по-ранните стадии на заболяването. За съжаление, се наблюдава една друга тре-

бужна тенденция – по празниците се отчете увеличаване на заболяемостта, което не наблюдавахме в такава степен през миналата година.

- А каква част от пациентите са ваксинирани?

- Болшинството от тях са неваксинирани. Процентът на ваксинирани е изключително нисък. Дори и преболедувалите миналата година пак идват неваксинирани, но в крайна сметка това е въпрос на личен избор.

- Каква част от ваксинираните стигат до по-тежка симптоматика?

- Ситуацията в отделението е много динамична. Постоянно се приемат и изписват хора. Нашето отделение може да приеме между 30 и 35 човека, сред тях ваксинирани са средно максимум четирима. Т.е. горе-долу 1 към 10 е съотношението на ваксинираните, спрямо тези без ваксина, постъпващи в болница. По-тежкото протичане на болестта сред имунизираниите обаче е по-скоро изключение. В повечето случаи става дума за изключително увредени пациенти с много придружаващи заболявания, при които се наблюдават не само налична разгърната дихателна, но и в повечето случаи подлежаща сърдечна недостатъчност.

- Достатъчен ли е капацитетът на болница „Св. Анна“ за приемане на пациенти с Ковид към днешна дата? Направени ли са промени в организацията след установяването на случаи на Омикрон у нас?

- Аз мога да говоря единственото за моето отделение, бившето кардиологично, преобразувано в Ковид отделение. То функционира по същия начин, както функционираше в предходните месеци. Цялото отделение е на разположение на пациентите с Ковид и на този етап успяваме да се справим с наплива. През последната година в болницата се наложи добър алгоритъм, който започва още с постъпването

на пациента в спешно отделение, където се прави много сериозен пакет входящи изследвания, като на този етап няма върнати пациенти. Надявам се тази тенденция да се запази, защото не е хубаво пациентите да обикалят по болници в търсене на свободни легла.

- Вие успявате ли да практикувате и друга си дейност като кардиолог?

- Разбира се. Аз преглеждам пациентите си, които се настаняват в сектор „Вътрешни болести“, който все още функционира. Там попадат хора с кардиологични, пулмологични, неврологични и ендокринологични патологии. Няма как да загърбим собствените си специалности.

- Това не uteжнява ли допълнително Вашата работа?

- Със сигурност натоварването е по-голямо, но в крайна сметка от самото начало никой от нас не очакваше, че ще е лесно и на този етап се справяме.

- Какви бяха основните уроци, които научихте от тази пандемия?

- Основният урок за всички нас, които не сме инфекционисти и пулмолози, беше как да лекуваме такива пациенти. Научихме, че протичането на такъв тип заболяване е много динамично, включително и изключително рязко да настъпи влошаване в състоянието на всеки болел. Научихме се да лекуваме такива пациенти. Не мога да твърдя, че винаги сме перфектни и винаги сме най-добрите както по отношение на диагностиката, така и по отношение на терапията, но сме изградил стабилни алгоритми, които работят.

- Липсва ли Ви времето да сте само кардиолог?

- Да, много, изключително много ми липсва и надявам се, скоро пак да стана, но в крайна сметка – както – това. Всяко село за добро.

Интервю на Милена Енчева

Всъщност в УМБАЛ „Св. Анна“ беше поставена първата ваксина в България на Коледа 2020 г. С това беше поставено началото и от този момент до сега в нашия ваксинационен център сме ваксинирали почти 70 000 души. Работим всеки ден, имаме 2 кабинета. За щастие, през последния месец като че ли се засили интересът към ваксинацията, но все още според мен сме на нива, които не везчат нищо добро в бъдеще.

- Всеки желаещ може да посети един от тези кабинети и да си постави желаната ваксина?

- Да, точно така. Нещо повече – от миналия месец имаме специален педиатричен кабинет за ваксинация на деца от 5 до 12 години. В кабинета има педиатър, който осъществява преглед преди поставянето на ваксина. Но голямото ни желание е броят решени да се ваксинират да е доста над това, което е в момента.

- Пандемията К-19 разкри остър кадрови дефицит в Интензивните сектори. Как стои въпросът при вас?

- Ние все още се справяме в рамките на капацитета, който имаме. Проблемът е, че сме спешна болница, в която се правят множество оперативни интервенции и имаме нужда от реанимация, която да покрие цялата тази дейност. Заделенето на 1/2 от леглата само за интензивно лечение на болни с К-19 довежда до редуциране на капацитета за лечение на другите болни. Затова ние се опитваме да ограничаваме приема – почти сме спрели плановия дори когато той беше позволен, за да можем с половината си интензивна клиника да поемем спешните случаи и

можем да върнем пациент в тежко състояние, нито можем да му осигурим място. Налагало се е пациенти да изчакват с часове в Спешно отделение, докато се освободи място някъде в болничните структури. За съжаление, през последните дни се забелязва нарастване на болните, което означава, че до седмица може би отново ще сме в ситуация на липса на свободни легла. Имаме известни възможности да разкрием още легла за пациенти с неусложнен Ковид, но по отношение на леглата за интензивно лечение сме почти на 100% от капацитета си. Ако Omicron протича сравнително по-леко, може би ще се справим. От друга страна, ако ниското ваксинационно покритие остане такова, въпреки това, вероятно предстоят трудни дни. Трудни дни не толкова за нас, защото нашата работа е да лекуваме болни, трудни за обществото, което толкова лекомислено си играе с живота. И в тази връзка бих искала да призова всички колеги, лекари, които са избрели за своя професия медицината, а тя винаги се е основавала на медицинската наука – моля ви, не допускайте Вие или Ваши колеги да насаждат мнения, основани на научни факти. Ако не можем да помогнем за това, наистина пациентите да решат да се ваксинират, поне да не вредим, като ги разубеждаваме! За добро или зло, настоящата ситуация вмени на всички нас отговорността и авторитета на „експерти“ в най-безпрецедентната обществена криза през последните десетилетия. Нека заслужим и запазим това.

Интервю на Георги Радев

ПРОФ. Д-Р СВЕТОСЛАВ ЙОВЕВ:

КОГАТО ПАЦИЕНТЪТ ИМА ПЪЛНО ДОВЕРИЕ НА СВОЯ ЛЕКАР И НАЙ-СЛОЖНАТА ОПЕРАЦИЯ БИВА УВЕНЧАНА С УСПЕХ

Той е от лекарите, за които можем да твърдим, че е сбъднал своите цели в професионален план. Дори тези, за които не е смее да мечтае.

Проф. д-р Светослава Йовев завършва Медицински Университет – София през 1988. Кардиологията определено е сред фаворитите му като направление, но не смята, че ще има шанса да се развива в тази област. След като полага Хипократова клетва, е разпределен в Общинска болница гр. Велики Преслав, където работи като общопрактикуващ лекар, специалност УНГ. Когато се връща в София, за добро или лошо не успява да намери място в същата специалност.

За сметка на това попада в УМБАЛ „Света Екатерина“, където става доброволен сътрудник по кардиология при легендарния кардиохирург проф. Александър Чирков. И така, поема по пътя, по който е трябвало да върви.

След множество специализации у нас и в чужбина, през 1998 г. той е назначен като завеждащ сектор по Електрокардиостимулация и електрофизиология в УМБАЛ „Света Екатерина“ – София.

През 2002 г. проф. Йовев имплантира ресинхронизираща система за стимулация (CRT) за пръв път в България. Две години по-късно имплантира първото комбинирано устройство за сърдечна ресинхронизация с кардиовертер дефибрилатор – CRT-D. Впоследствие и двете дейности стават рутинни.

От 1-ви декември 2021 год. проф. Йовев придобива академична длъжност професор към МУ-София.



Как се промени кардиологията през Вашия поглед за всичките години, в които я практикувате?

Кардиологията е може би най-бързо развиващата се специалност в българската медицина. Смяя да твърдя, че тя е на световно ниво. Имаме много добри специалисти, разполагаме с качествена апаратура, с която се правят съвременни процедури. Въпреки това се наблюдава едно недооценяване на дадени направления. Кардиостимулацията и електрофизиологията, с която се занимаваме около 50 души в България, е с ниско платени пътеки. Инвестираха се много средства в инвазивната кардиология, но комплексните процедури в кардиостимулацията в България още не са реимбурсирани на 100% от НЗОК.

Какво включват комплексните процедури?

Това са интервенции, при които се имплантират устройства на пациенти със сърдечна недостатъчност – т.нар. ресин-

хронизиращи устройства с кардиовертер-дефибрилатор (CRT-D). Те се доплащат частично от касата, като тежестта с повече от половината сума пада на плещите на пациента. При реимплантация отново по-голямата част от сумата се доплаща, което поставя и нас, и пациентите пред особено трудни решения в дадени моменти.

Случвало ли Ви се е човек да откаже поставянето на такова устройство, заради липса на средства?

Всеки втори пациент не може да си го позволи, за жалост, което поставя нас като лекари пред един чисто морален казус на ежедневна база.

И какво следва в подобни ситуации?

Следват големи компромиси. Имплантираме пациента с това, което може да си позволи, като му обясняваме, че това е за сметка на неговото здраве. Искам тук да вметна, че в Северна Македония реимбурсацията на подобни импланти е стопроцентова, за

сметка на европейска България – където тя е частична.

Според статистика на МЗ, в България на всеки 3-ма души, 2-ма умират от сърдечностдови заболявания. Не следва ли в такъв случай всякакви иновативни терапии в тази област да се превърнат в приоритет?

Според мен това е чисто политически проблем. Навремето, когато бях председател на Съсловното сдружение по кардиостимулация и електрофизиология, имахме разговори с НЗОК по темата, като бяхме стигнали до частично споразумение за лимит на тези процедури. Лимити обаче не може да има.

Около 300 души у нас се нуждаят всяка година от поставянето на скъпоструващите устройства – това са общо около 3 млн. Разход, който не се прави, и по статистика всеки трети от пациентите, нуждаещи се от подобно устройство, умира вкъщи в рамките на една година.

Колко години живот може да подари едно такова устройство?

Едно от устройствата предпазва пациента от внезапна сърдечна смърт. Кардиовертер дефибрилаторът може да извършва погасяваща програмирана стимулация или вътрешен електрошок, с които се прекъсват животозастрашаващи аритмии. Другото устройство е т. нар. ресинхронизиращ уред, комбиниран с кардиовертер-дефибрилатор – съкратено – CRT – D. Той се прилага при пациенти със сърдечна недостатъчност и висок риск от внезапна сърдечна смърт. Колкото по-рано се извърши ресинхронизиращата терапия на пациента, толкова повече се съхранява и подобрява неговата помпена сърдечна дейност, като и дори може да се предотврати нуждата от сърдечна трансплантация.

В проучването CRT Survey II, в което участваше и България, се установи, че Швеция е държавата, където се имплантират най-много такива устройства още в първи функционален клас, при който говорим за почти



здрави пациенти, които нямат сериозни оплаквания. В Швеция обаче пациентите имат много добра здравна култура и след разговор със специалист разбират колко е важно за тях да им бъдат поставени подобни устройства. Което вече говори за прилагането им като профилактика от развиването на сърдечна недостатъчност при рисковите пациенти!

Какви са предимствата на въпросните скъпоструващи устройства и с какво те превъзхождат тези, които се финансират от НЗОК?

Винаги съм казвал, че не лекарят определя какво трябва да се сложи на пациента, а неговата диагноза. Има си критерии, според които е указано на какъв пациент какво устройство трябва да се постави. Ако пациентът няма възможност да заплати подобно устройство, започват компромисите. Трябва да изберем между това да му поставим устройство, което или ще го предпази от внезапна сърдечна смърт, но пък ще му влоши сърдечната недостатъчност, или такова, което ще я подобри, но пък ще увеличи риска от внезапна сърдечна смърт. Винаги тези решения са за сметка на пациента, а на нас като лекари не носят никакво морално и професионално удовлетворение.

Трудно ли се водят подобни разговори с пациенти?

Много трудно. И винаги, когато става въпрос за такива доплащания, съм се чувствал много неудобно. Но истината е, че никога не би се стигало до подобни компромиси, ако касата покриваше изцяло подобни устройства. По време на специализациите ми в Италия и Чехия съм ставал свидетел на това как пациент ляга за имплантиране на едно устройство, но в хода на операцията, лекарят вижда, че трябва да се постави друго такова. Всичко се случва в движение, без допълнителни преговори. В България пациентът ще бъде свален от операционната маса, като с него и семейството му ще

започнат разговори за финанси, което само по себе е много тъжно.

Вие сте новатор в поставянето на въпросните импланти. В какво се изразяват основните предизвикателства? Притеснен ли бяхте, че правите нещо за пръв път у нас в една толкова критична област?

Не съм мислил в тази посока. Предизвикателства безспорно си имаше, но когато лекар тръгва да помага на пациенти и още повече, когато пред него се отварят възможности да направи нещо в полза на медицината, той не си задава такива въпроси. Съдбата е била благосклонна към мен и за частие всичко е минавало успешно.

Иначе винаги съм казвал, че човек не трябва много да си вярва. Просто съм попаднал в точното време на точното място и точната ситуация и шансът беше предоставен на мен.

С какви кардиологични заболявания се сблъскваме най-често у нас? Открояват ли се нови тенденции?

Това, което ми е прави най-впечатление, е, че кардиомиопатията като проценти нараства през последните години. Още повече, че когато пациентът има лев бедрен блок – това е само по себе си един феномен, който показва, че лявата камера на сърцето изостава спрямо съкращаването на дясната, което води до асинхронност и съответно до кардиомиопатия. Но по-нежестко сърцето има много механизми да компенсира този проблем, а и поради факта, че българинът не си прави профилактика, при много от пациентите първите симптоми най-често са съпроводени със задух, лесна умора и възпаление на белия дроб, което предполага една доста закъсняла диагностика и съответно лечение.

Защо според Вас профилактиката се negliжира у нас?

Това е въпрос на здравна култура и обучение. Вместо да се пускат стотици реклами за спортни залагания, може да се обърне внимание на този тип здравно обучение. Преди години в УМБАЛ „Св. Екатерина“ имахме съвместни процедури с лекари от Германия. Колегите ни казаха „Вие тук сте магьосници, толкова тежки пациенти в Германия ние не можем да видим“. Това е, защото те имат толкова добра профилактика, че пациентите не достигат до това състояние, с което ние тук се сблъскваме почти всеки ден.

В това ли се коренят най-големите трудности, когато става дума за кардиология?

Специалността е много хубава. Аз всеки ден отивам с желанието на работа. Това, което ми прави отчетливо впечатление обаче, е, че най-важното и силно нещо – това е доверието между лекар и пациент. Когато пациентът има пълно доверие на своя лекар, тогава и най-сложната процедура е увенчана с успех. Има ли малко съмнение, недоверие, процедурата често е съпътствана с усложнения и не се постига оптималният ефект. За тези години съм забелязал, че психиката е от изключително значение.

Предполагам, че през всичките тези години сте се научили да бъдете добър комуникатор...

Ами аз винаги съм действал

така – ако става дума за спешен случай казвам на пациента: „Виж ти нямаш друг шанс. В противен случай обричаш и теб, и близките да страдате“. Разумните хора го разбират. Когато обаче не се касае за спешен случай, разговарям с пациента и му давам време да асимилира идеята ми като накрая завършвам разговора с: „Когато си готов – заповядай. Аз съм тук. Всичко ще бъде наред.“

Има ли пациенти, които никога няма да забравите?

Има такива пациенти, но това са пациенти, с които вече съм си станал приятел и съм развил силна емоционална връзка. Избягвам подобни емоционални отношения с пациенти, но невинни човек може да избяга от тях. Спомням си една жена, на която се наложи да роди в нашата болница с временен кардиостимулатор, след което веднага се имплантира постоянен такъв. След това направи кардиомиопатия и трябваше да се имплантира ресинхронизиращо устройство. В крайна сметка момичето беше спасено. От тогава тя винаги идва на преглед със своето дете и му обяснява – това е докторът, който ги е спасил. Това са неща, които човек не може да забрави.

От общопрактикуващ лекар във Велики Преслав, ставате завеждащ сектор в една от големите болници в София, а вече сте и професор. Кои бяха най-трудните моменти от този дълъг път?

Нямаше кой знае какви трудности, това, което ми направи впечатление, е, че доста се проточи във времето. Според мен тази административна медицина у нас малко или много е свързана с лобита, като невинни този, който заслужава, придобива званието навреме. Има много неща, които пречат за нормално хабилитиране на един заслужил лекар. По време на курс по ресинхронизираща терапия в Германия се срещнах с професор Хиндрикс, който беше станал такъв на 33-годишна възраст. Той ме попита колко ресинхронизиращи устройства съм сложил до този момент и не можеше да повярва, че не съм станал професор при положение, че в този момент имах над 500 процедури. Е, станах професор, когато вече имах над 3000 процедури! Човек рано или късно като тръгне по пътя си, го извървява, но понякога това е съпроводено с усилия, които могат да бъдат вложени другаде.

В този ред на мисли замисляли ли сте се дали не е по-добре да бъдете лекар някъде другаде?

Не. Предлагали са ми работа в Италия и Чехия, но аз не мога да живея на друго място, освен в България.

Какви качества правят един лекар истински добър лекар?

Аз ще цитирам проф. Чирков, който навремето, когато ни събираше на т.нар. „умни часове“, казваше: „За да бъде един човек добър лекар – трябва да прави успешна операция всеки ден. Не може днес да прави успешна, утре не. За да бъдете добър лекар, се изисква постоянство“. За това постоянно обаче се изисква определен режим на живот, за да можеш да си на разположение на тези пациенти, които разчитат на теб.

МЪЖ ПОЛУЧИ СЪРЦЕ ОТ ГЕННОМОДИФИЦИРАНО ПРАСЕ

57-годишен мъж с животоза-страшаващо сърдечно заболяване получи сърце от генномодифицирано прасе – иновативна процедура, която дава надежда на стотици хиляди пациенти, които се нуждаят от нов орган.

Осемчасовата операция беше извършена в Балтимор, а американският пациент Дейвид Бенет се чувствал добре три дни след процедурата според хирурзите от Университетската болница в Мериленд.

„Има пулс, има налягане, това вече е неговото сърце“, каза д-р Бартли Грифит, директор на програмата за сърдечна трансплантация в медицинския център, извършил операцията.

„Функционира и изглежда нормално. Ние сме развълнувани, но не знаем какво ще ни донесе утрешният ден. Това никога не е правено досега.“

В рамките на миналата година около 41 354 американци получиха трансплантиран орган, като повече от половината от тях са получили бъбреци, според Обединената мрежа за споделяне на органи (UNOS), организация с нестопанска цел, която координира усилията на нацията за снабдяване с органи.

Учените се трудят трескаво, за да модифицират прасета, чиито органи няма да бъдат отхвърлени от човешкото тяло, благодарение на проучвания, ускорени през последното десетилетие, включващи нови технологии за генно модифициране и клониране. Сърдечната трансплантация идва само месеци, след като хирурзите в Ню Йорк успешно имплантираха бъбрек от генетично модифицирано прасе на човек в мозъчна смърт.

Изследователите се надяват, че подобни процедури ще дадат нов тласък в медицината в бъдеще, когато заместващи органи вече няма да са в недостиг.

„Това е преломно събитие“, каза д-р Дейвид Класен, главен медицински директор на Обединената



мрежа за даровство на органи и трансплантолог. „Вратите започват да се отварят, което според мен ще доведе до големи промени в начина, по който лекуваме органната недостатъчност.“

Все пак той пояснява, че има много препятствия, които трябва да се преодолеят, преди подобна процедура да започне да се прилага масово, като отбелязва, че отхвърлянето на органи се случва дори когато се трансплантира добре съвпадащ човешки донорски бъбрек.

Трансплантираният Бенет е решил да заложи на експерименталното лечение, защото в противен случай е щял да умре без ново сърце, изпробвал е други лечения и е бил в твърде тежко състояние, за да чака да се класира за сърце от човешки донор, казват членове на семейството му и лекари.

Прогнозата му е несигурна. Г-н Бенет все още има кардиопулмонален байпас, който го поддържа жив преди операцията, но това не е необичайно за нов реципиент на сърдечна трансплантация, казват експерти.

Бенет е наблюдаван за призна-



ци, че тялото му може да отхвърли новия орган, но първите 48 часа, които са критични, са преминали без инциденти.

Пациентът също е бил наблюдаван за инфекции, включително за свински ретровирус, който може да бъде пренесен на хора, въпреки че рискът за това е малък.

„Изборът беше между това да умра или да се подложя на трансплантация“, каза Бенет преди операцията. „Искам да живея. Знам,

Учени се надяват това да доведе до светлина в тунела за хората, чакащи органи

че това е изстрел в тъмното, но това е последният ми избор.“

Д-р Грифит поясни, че експерименталното лечение е започнало след доста странен и запомнящ се разговор с пациента.

„Казах му: „Не можем да ви дадем човешко сърце; не отговаряте на условията. Но може би можем да използваме животинско – от прасе“, спомня си д-р Грифит. „Никога не е правено досега, но смятаме, че можем да го направим.“

„Не бях сигурен, че ме разбира“, добавя д-р Грифит. „Тогавата той каза: „Добре, ще започна ли да грукат?“

Ксенотрансплантацията, процесът на присаждане или трансплантация на органи или тъкани от животни на хора, има дълга история. Усилията за използване на кръвта и кожата на животните датират от стотици години.

През 60-те години на миналия век бъбреците на шимпанзета са трансплантирани на няколко души, но най-дългият живот на реципиент е девет месеца. През 1983 г. сърцето на павиан е трансплантирано на бебе, известно като Бейби Фай, но тя умира 20 дни по-късно.

Прасетата предлагат предимства пред приматите за набавяне на органи, тъй като те са по-лесни за отглеждане и достигат размер на възрастен човек за шест месеца. Сърдечните клапи на прасета рутинно се трансплантират на хора, а някои пациенти с диабет са получили клетки от свински панкреас. Свинската кожа също се

използва като временна присадка за пациенти с изгаряния.

Две по-нови технологии – генно модифициране и клониране – са довели до генетично променени органи на прасета, при които има по-малка вероятност да бъдат отхвърлени от хората. Свинските сърца са трансплантирани успешно на бабуни от д-р Мухамад Мохиудин, професор по хирургия в Медицинския факултет на Университета на Мериленд, който създава програмата за ксенотрансплантация на сърцето с д-р Грифит и е неин научен директор. Но опасенията за безопасността и страхът от предизвикване на опасен имунен отговор, който може да бъде животозастрашаващ, изключваха употребата им при хора досега.

Прасето донор е претърпяло 10 генетични модификации преди интервенцията. Четири гена са били премахнати, включително един, който кодира молекула, която води до агресивно отхвърляне от страна на човека.

Генът за растеж също е бил изключен, за да се попречи на сърцето на прасето да продължи да расте след имплантирането му, каза д-р Мохиудин, който заедно с д-р Грифит направи голяма част от изследванията, довели до трансплантацията.

В допълнение, шест човешки гена бяха вмъкнати в генома на прасето донор – модификации, предназначени да направят свинските органи по-поносими за човешката имунна система.

БИОЦИД С НАНОСРЕБРО ПОЗВОЛЯВА ЕФЕКТИВНА ДЕЗИНФЕКЦИЯ ВЕДНЪЖ НА 30 ДНИ

Иновативен биоцид за дезинфекция на въздуха и различни повърхности, създаден на базата на нано сребро, беше представен на събитие на Българската асоциация по микробиология, организирано от нейния председател проф. Тодор Кантарджиев.

Продуктът показва висока ефективност не само срещу бактерии, гъби и спори, но също и срещу разпространението на COVID-19. Той може да бъде използван за всички болнични помещения, операционни зали, родилни отделения, ковид зони, триажни зони и линейки. Със същия успех с нано сребро могат да се обработват и тъкани: например медицински маски, престилки и облекла.

Това, което го прави уникален в сравнение със сега съществуващите бактерициди, е, че е достатъчно да се използва веднъж на 30 дни. Специална 3D машина с ултразвукова мембранна технология, представена по време на събитието, автоматично прави фина мъгла от нано сребро, която равномерно се разпространява в цялото дезинфекцирано помещение. Чрез наносребърната мъгла се дезинфекцират 100% от повърхностите и предметите от всички страни в цялото помещение, а това гарантира и дългосрочната ефективност на биологичния препарат.

Биоцидът от нано сребро може да се окаже много ефективен в борбата срещу



вътреболничните инфекции, които засягат между 4 и 10% от хоспитализирани пациенти в развитите страни. В България този процент е още по-висок, като най-често се наблюдава в отделенията по реанимация и е причина за смърт в 10% от случаите (според европейската статистика).

Иновативният биоцид за дезинфекция представлява колоиден разтвор в дейонизирана вода на активно вещество. Продуктът е преминал изследвания и изпитания в „Национален център по заразни и паразитни болести“, доказващи неговата ефективност върху бактериални и гъбични щамове, както и COVID-19.

Сред лечебните заведения, които вече използват иновативната технология за дезинфекция в своите операционни блокове, са СБАЛ по детски болести „Проф. д-р Иван Митев“ ЕАД, гр. София, УМБАЛ „Св. Георги“, гр. Пловдив, МБАЛ Търговище и др.

КРИЗАТА С КЛИМАТА УВЕЛИЧАВА РИСКА ОТ ПРЕЖДЕВРЕМЕННО РАЖДАНЕ И ДЕТСКИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Опасностите, породени от промените в климата – включително повишаването на температурите, замърсяването и горски пожари – увеличават риска от преждевременно раждане.

Проф. Грегъри Уелнюс и професор Амелия Уесълник от Училището по обществено здраве на Бостънския университет пояснява, че има все повече доказателства в тази посока, според които екстремните горещини, ураганите и дима от горски пожари могат да увеличат риска от преждевременно раждане.

Едно от проучванията установява, че преждевременните раждания са с 16% по-вероятни в райони с горещи вълни. То е базирано на наблюдения на един милион бременни жени между 2004 и 2015 г. в района с висока температура на Нов Южен Уелс, Австралия.

Придружаващо проучване установява, че заради честотата и интензивността на горските пожари, които са се увеличили драстично през последните две десетилетия в западната част на САЩ, има 32% увеличение на рядко заболяване сред бременните жени, което обикновено се свързва със замърсяването на въздуха. Феталният гастрошизис е дефект на коремната стена, който е рядък, но се регистрира „нарастване в разпространението“, според проф. Уелнюс и проф. Уесълник.

Те добавят, че „доказателствата са ясни: опасностите за климата, особено топлината и замърсяването на въздуха, оказват неблагоприятно въздействие върху широк спектър от репродуктивни, перинатални и педиатрични здравни резултати. Очакваното темпо на продължаващото изменение на климата и произтичащите от него въздействия върху нашето физическо и психическо здраве и благополучие изискват



решителни и незабавни действия за адаптация.“

Професорите добавят, че според проучвания майките от по-маргинализирани популации са изложени на много по-висок риск да бъдат подложени на опасности, свързани с климата и също така са по-малко устойчиви на ефектите от тези опасности поради систематично и структурно потискане.

„Климатът ни вече се е променил дълбоко, поради човешката дейност и тези промени в голяма степен са вредни за нашето здраве, като някои общности и индивиди са засегнати много повече от други. Репродуктивното правосъдие е „...човешкото право да поддържа лична телесна автономия, да имаме деца и да ги отгледаме в безопасни и устойчиви общности“, категорично са професорите и добавят: „Неуспехът да се отговори спешно на въздействията върху репродуктивното, перинаталното и педиатричното здраве от изменението на климата ще увековечи и влоши репродуктивните несправедливости, при които най-маргинализираните популации ще бъдат лишени от способността си да размножават и безопасно да отглеждат децата си.“

МЕДИЦИНСКО ОБУЧЕНИЕ ЗА ЛЕКАРИ

МЕДИЦИНСКИ
НОВИНИ

ИЗХОДНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ, КЛИНИЧНО ПОВЕДЕНИЕ И ПРЕДИКТОРИ НА РАННАТА СМЪРТНОСТ ПРИ КАРДИОГЕНЕН ШОК



Публикациите на тема кардиогенен шок (КШ) са сравнително малко и са най-вече фокусирани върху малки проучвания върху селектирана популация. В рамките на проспективното, многоцентрово наблюдение проучване FRENSHOCK, Delmas et al. анализират особеностите на КШ в момента и определят независимите фактори, асоциирани с



СЕРТИФИКАТИ ЗА ДОБРА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА (ЗА РАБОТА В ЧУЖБИНА)

НЕОБХОДИМИ СА КОПИЯ ОТ:

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

За контакти:
Ирен Борисова
02/954 94-60;
0899 90 66 47
Яна Кръстева
0899 906 655

Платформата за лекари Medical News е водеща в различните методи на електронното продължаващо медицинско обучение (е-ПМО) у нас и е официален партньор на БЛС в е-ПМО

30-дневната смъртност сред голяма неселектирана кохорта.

Изследването обхваща 772 пациенти (средна възраст 65г., 71,5% мъже), приети в зена по интензивно лечение в периода между април и октомври 2016г. 280 (36.3%) участници са с исхемичен КШ. При 58.3% от пациентите е предприета апаратна вентилация, сърдечно-съдова поддръжка или диализа. 30-дневната смъртност е изчислена на 26.0% (от 16.7% до 48.0% в зависимост от причината за хоспитализация и звеното). Многофакторният анализ показва, че има шест независими променливи, асоциирани с повишена 30-дневна смъртност: възраст (OR 1.06, 95% доверителен интервал (CI): 1.04–1.08), прием на диуретици (OR 1.74, 95% CI: 1.05–2.88), сърдечно-съдова поддръжка (OR 1.92, 95% CI: 1.12–3.29), фракция на изтласкване на лява камера <30% (OR 2.15, 95% CI: 1.40–3.29), приложение на норадреналин (OR 2.55, 95% CI: 1.69–3.84) и на диализа (OR 2.72, 95% CI: 1.65–4.49).

В заключение, неисхемичният КШ съставлява 60% от всички случаи на КШ. Състоянието все още е асоциирано със значителна, но варираща ранна смъртност в зависимост от причината и звеното, в което се извършва хоспитализацията, независимост от възможностите за хемодинамична поддръжка и за заместващи терапии.

Източник:
Delmas C, Roubille F, Lamblin N, et al. Baseline characteristics, management, and predictors of early mortality in cardiogenic shock: Insights from the

FRENSHOCK registry ESC Heart Failure 31 December 2021 <https://doi.org/10.1002/ehf2.13734>
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ehf2.13734?af=R>

ДЪЛГОСРОЧНИ ЕФЕКТИ ОТ ПРИЕМА НА ХОЛИНЕСТЕРАЗНИ ИНХИБИТОРИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С БОЛЕСТ НА АЛЦХАЙМЕР



Холинестеразните инхибитори (ХИ) се използват рутинно в практиката при хора с деменция в следствие на болест на Алцхаймер (БА), въпреки че дългосрочните ефекти от тези медикаменти не са напълно проучени. Xu et al. анализират данни от шведски регистър и определят дали лечението с ХИ, започнато в рамките на 3 месеца от поставянето на диагноза на лека до средностепенна БА или смесена деменция в следствие на БА, е асоциирано с повишена смъртност или заболяемост от тежка деменция.

Авторите взимат предвид редица показатели като възраст, пол, придружаващи заболявания и прием на други медикаменти. Лечението с ХИ включва донепезил, галантамин и ривастигмин. Тежката деменция се определя като резултат под

10 по скалата Mini-Mental State Examination (MMSE).

Анализът включва 11 652 пациенти, приемащи ХИ и други 5826, които не приемат този клас медикаменти; получени са резултати по MMSE за 6802 участници. След среден период на проследяване от 5г. при 255 пациенти се регистрира тежка деменция, а при 6055 настъпва фатален изход.

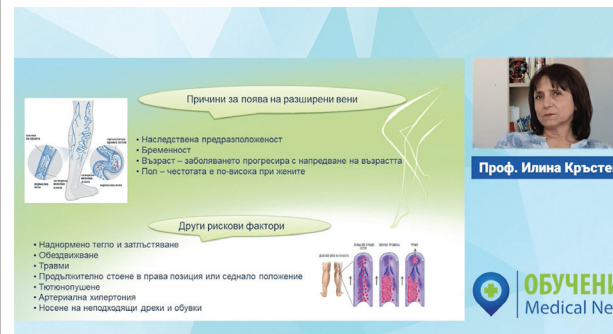
Средният изходен резултат по MMSE е 22, а средната ежегодна редукция в MMSE се равнява на -1.62. Употребата на ХИ се асоциира с по-високи резултат по MMSE и с 27% по-нисък риск от фатален изход в сравнение с въздържането от тези препарати. Сред самите представители на ХИ, при галантамина се отчита най-голямо увеличение в резултата по MMSE при над 16 mg дневно, както и по-малък риск за фатален изход и за тежка деменция.

Коментар:
Получените резултати показват, че лечението с ХИ би могло да подобри когнитивните показатели и дългосрочната преживяемост при пациентите с БА. Необходимо обаче е провеждането на по-подробни проучвания, включващи неврофизиологични изследвания, проследяване на функционалния статус и качеството на живот, особено по отношение на различните представители на ХИ.

Източник:
Xu H et al. Long-term effects of cholinesterase inhibitors on cognitive decline and mortality. Neurology 2021 Apr 27; 96:e2220. (<https://doi.org/10.1212/WNL.00000000000011832>)

ВИДЕО ОБУЧИТЕЛЕН КУРС

ФИТОТЕРАПИЯ ПРИ ВЕНОЗНО-ЛИМФНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ



Цели на курса:

Този курс цели да запознае лекарите с базирана на медицински доказателства фитотерапия при венозно-лимфна недостатъчност

За автора:

Проф. Илина Кръстева, дфн е преподавател в Катедра по фармакогнозия, Фармацевтичен факултет, МУ-София

Подходяща аудитория:

Курсът е подходящ само за лекари, основно общопрактикуващи лекари и специалисти от всички останали специалности.

Допълнителна информация:

Курсът е част от програмата за онлайн продължаващо медицинско обучение за лекари на Български лекарски съюз и Medical News. Продължителността му е около 30 мин.

Материалите и използваната информация в курса са подготвени през 2021 г.

След курса предстои тест, за преминаването на който е нужен правилен отговор на над 70% от въпросите. При успешно преминаване на теста, всеки участник получава сертификат с 1 кредитна точка за продължаващо медицинско обучение (CME). Ако не преминете успешно теста от първия път, ще имате още 2 опита за полагането му.

ОНЛАЙН СПИСАНИЕ

ОНКОЛОГИЯ И ХЕМАТОЛОГИЯ



„Онкология и хематология“, посветено на най-актуалните проучвания в областта през последните 12 месеца.

Всеки брой на списание „Medical News Новости“ обединява най-новите проучвания и препоръки в дадена медицинска специалност от последната година.

Динамичното ежедневие на съвременния лекар води до невъзможността да се следят най-важните научни статии в съответната област. Именно по тази причина Medical News цели да помогне на лекарите да са в крак с най-актуалните проучвания за клиничната им практика.

Всеко едно списание се разпространява до мейлите на всички регистрирани в Medical News.

Предстоящи броеве на „Medical News: Новости“:
Гастроентерология

РЕГИСТРАЦИЯ

Вече над 18 000 лекари са регистрирани на Medical News.

За да имате достъп до е-ПМО на Medical News, официален партньор на БЛС, моля регистрирайте се на <http://medicalnews.bg/registration/> или влезте в профила си – <http://medicalnews.bg/login/>

Регистрацията Ви дава достъп до:

- Всички научни статии на Medical News
- Списания „Medical News: Новости“
- Седмичния ни бюлетин „Медицински новини“
- Акредитирани от БЛС онлайн обучителни курсове
- Уебинари
- Тема на месеца

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

ИЗДАВА: БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ, АДРЕС: 1431, СОФИЯ, БУЛ. „АКАД. ИВ. Е. ГЕШОВ“ 15, НЦОЗА

QUO VADIS

Редакционно броят е приключен на 26. 01. 2022 г.

Адрес на редакцията:

София, бул. „Акад. Иван Евст. Гешов“ 15,
НЦОЗА Български Лекарски Съюз
Тел.: 359 8 999 0 66 44

Главен редактор: Георги Радев

Репортер: Милена Енчева

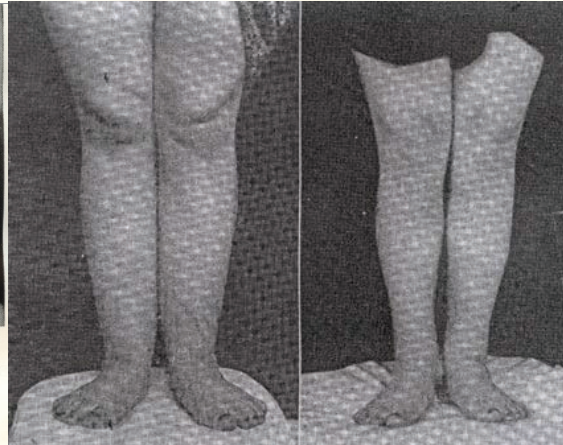
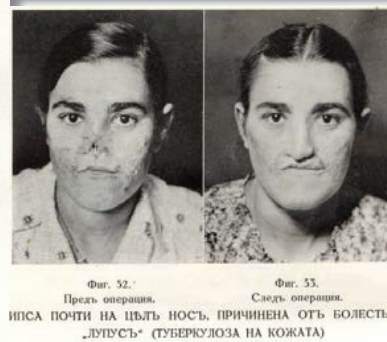
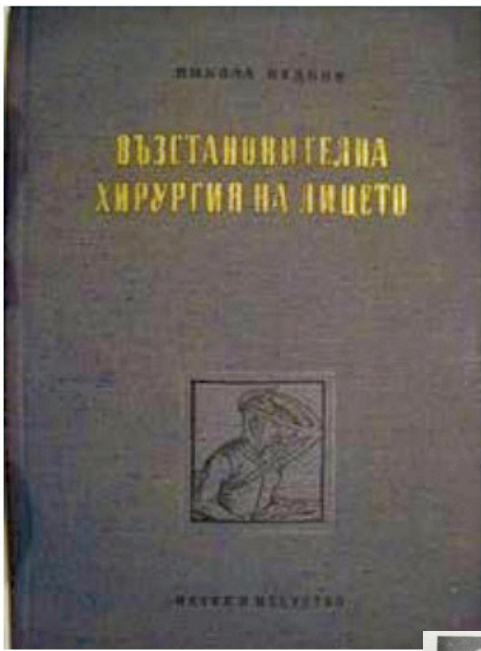
Email: quovadis@blsbg.com

Предпечат: Ан-Ди

Експонация и печат: ИПК „Родина 2“

ДОЦ. Д-Р НИКОЛА НЕДКОВ – ПИОНЕР НА ВЪЗСТАНОВИТЕЛНАТА И ПЛАСТИЧНАТА ХИРУРГИЯ У НАС

Тази година
се навършват 125 години
от рождението му



...Пластично-възстановителната хирургия обхваща всички области на човешкото тяло и затова много често тя е продължение на други клонове от хирургията, чиято задача е да спасят живота на човека, без да обръщат особено подчертано внимание на външните форми, въпреки че всеки хирург е длъжен да има предвид и това.

Доц. д-р Никола Недков

Д-р Никола Иванов Недков е роден през 1897 г. (според някои източници – 1895 г.) в гр. Габрово. Завършва медицина в Берлин през 1922 г. По-късно става доброволен и редовен асистент в Университетската хирургична клиника на Медицинския факултет в София при проф. Станишев, който го насочва към специализация в пластичната и възстановителна хирургия. Специализира при проф. Во във Франция. Интересно е да се знае, че от откриването на Медицинския факултет до 1938 г. същата клиника е разположена в Хирургическия павилион на Общовойсковата болница в София, а след това се премества в новата сграда на бул. “Пенчо Славейков”, където и досега е 2-ра хирургия. През 1938 г. санитарният поручик д-р Никола Недков е назначен за началник на хирургическото отделение при Общовойсковата болница в София. През 1940 г. се уволнява по собствено желание. На 5 ноември 1945 г. д-р Никола Недков е началник на 1-ва софийска специализирана хирургична болница, базирана в сградата на 2-ра Мъжка гимназия (на бул. “Пенчо Славейков”) и имаща насоченост към възстановителна хирургия и протезиране. Тук има разкрито и отделение по лицево-челюстна хирургия. По-късно д-р Недков работи и като ръководител на Протезния институт при Военноинвалидния дом в София (на бул. “Скобелев”, където дълго време се намираще

Военно-историческия музей). На 1 май 1946 г. запасният санитарен майор д-р Никола Недков е назначен на действителна служба като началник на 1-во хирургическо отделение на ОВБ, което има насоченост и към възстановителната и пластична хирургия. Д-р Недков става и председател на създадения на 9 март 1946 г. Научен съвет на ОВБ (в него участват също д-р Васил Кожухаров и д-р Борис Семерджиев, които имат профил ортопедия и травматология). По разпореждане от 18 октомври 1951 г. е уволнен от медицинска служба във войската (Тонев, Ст. 2003).

Д-р Никола Недков участва в създаването и е началник на първото у нас хирургично-пластично отделение. Така той се явява пионер на възстановителната и пластичната хирургия в страната – привлечен е от проф. Б. Бойчев като доцент в Катедрата по ортопедия и травматология в ИСУЛ (Институт за специализация и усъвършенстване на лекарите - днес Университетската болница „Царица Йоанна”). Както пише проф. Б. Бойчев „...Пръв Недков се заема със сериозно и задълбочено изучаване на материята и пръв в условията на една малка провинциална

частна клиника започва практическото приложение на тази специалност у нас... И толкова по-ценен става неговият опит, защото е самобитен, без учител, придружен с предотвратяването на много трудности. За щастие Недков бе една творческа натура.“ Известни са няколко оригинални метода на Недков за кожна пластика (Бойчев, Б. и съавт. 1955). Една от първите научни публикации за интрамедуларно заковаване при фрактури на дълги тръбести кости е също на д-р Никола Недков. В нея авторът споделя опита си от лечението на 6 диафизарни фрактури на тибията, а освен това подробно описва показанията, преимуществата и техниката на Кюнчеровия метод. Известна е и оригиналната интрамедуларна остеосинтеза на Недков, използвайки усукани Киршнерови игли. За нея е характерна такава важна еластичност на фиксацията, което представлява определен оригинален принос (Недков, Н., Военно-медицинско дело 1948:73-91).

През 1952 г. д-р Никола Недков е назначен за директор на Републиканския институт по възстановителна хирургия, протезиране и трудоустрояване на ул. Урвич в София. През 1954 г. е пенсиониран. На 18 септември 3 години по-късно д-р Н. Недков напуска този свят.

За статията са ползвани следните източници:

Tanchev, Panayot & Tanchev, Panayot. (2016). Panayot Tanchev, Panayot P. Tanchev History of Hip Surgery in Bulgaria in P. Tivchev, Pl. Kinov (eds) Hip Surgery, BGKniga Publishing House, Sofia, Bulgaria, 2016 (in Bulgarian).

Евстатиев, Д., История на пластично-възстановителната и естетична хирургия в България, на Bulgarian-History-of-Plastic-Reconstructive-and-Aesthetic-Surgery.pdf (bulapras.bg)

ИЗКУСТВО, ДЖАЗ И ОЩЕ НЕЩО

Или защо едно хоби никога не е достатъчно за д-р Николай Христов

Човек е голям толкова, колкото са големи мечтите му. А колко са големи за хората с голям брой хобита?

Този въпрос нишим с д-р Николай Христов в следващите редове. Той не е типичният лекар – завършил е медицина, но е тръгнал по малко по-различен и все пак сходен път. Въпреки че неговата мечта е педиатрията, животът му го отвежда в сферата на фармацевтичната индустрия. Разностранните му интереси от друга страна пък откриват пред него цяла вселена.

МУЗИКАТА – ТАКАВА, КАКВАТО ТРЯБВА ДА БЪДЕ

Музиката заема огромно място в живота на д-р Христов. Още в началото на медицинското си образование купува първата си бас китара, за което се налага да продаде своя скейтборд.

„Тогава започнах първо сам да се уча да свиря. Впоследствие едни мои... по-късно превърнали се в приятели, ме взеха в тяхната група и още през 93-та година ни беше първият концерт“, спомня си лекарят.

Наред с уроците по медицина, д-р Христов започва такива по бас и джаз китара. В хода на ученето си сменя няколко различни групи, като в момента дори продължава да е част от две такива – „Pizzza“ и „Funkaround“. И двете банди правят изцяло авторска музика.

„Свирим само авторска музика, нито правим трибюти, нито свирим кавъри. Освен ако не са на наши песни. Според нас, а и според всички хора, които създават музика, това е начинът тя да се развива. Няма как да се развива музиката, ако хората свиреха само кавъри на чужди групи“, заявява лекарят.

Интересен факт е, че д-р Христов свири в първообраза на популярната българска група P.I.F. – Resemblance. Когато групата решава да се измести в София, д-р Христов е поставен пред избора музиката или медицината, която трябвало да продължи да учи в родната си Варна. Избира второто, но първото винаги остава важна част от живота му.

„Чрез нея (музиката) казваме и разказваме истории от живота си, споделяме възгледите си, мечтите си, позициите си като хора. Това е нещо, което не може да спрем да правим, защото по този начин изразяваме себе си като личности“, признава той.

42 КМ. ПО-НАПРЕД

Музиката не е единственото нещо, чрез което д-р Христов изразява себе си. На по-късен етап в живота му се заражда друга страст – тичането на дълги разстояния. Първоначално интересът му към бягането се заражда от нуждата му да спре тютюнопушенето.

„В първи курс по време на следването си започнах с цигарите като



до края му бях станал заклет пушач. Един ден просто реших, че това нещо трябва да спре и прецених, че най-лесният начин това да стане е като бягам по 3-4 км. на ден“, разказва медикът.

Усилията му са забелязани от виден варненски маратонец, който му предлага да започне да участва в маратони. Към онзи етап идеята звучи налудничаво, но в крайна сметка тя успява да узрее в съзнанието му. Именно тогава той отива на първия си полумаратон в гр. Вараждин, Хърватия през септември, 2012-та година и го бяга с най-добрия си приятел от ученическите и години.

„От тогава започнах да бягам всеки ден, като постепенно увеличавах дистанцията и година по-късно, на 22-ри септември 2013-та, избягах първия си класически маратон – 42 километра, обиколката на язовир Батак. Няколко седмици след това се оказа, че се провежда маратонът в Истанбул. Отидох, и него успях да избягам“, разказва лекарят.

Следват маратон след маратон. Въпреки тежката подготовка, д-р Христов бяга всеки километър с огромно желание.

„Тогава се замислих, че няма друг българин, който да е избягал официалните маратони на всички европейски столици. И от тогава през 2014-а започнах да бягам два пъти в годината на международни маратони. Сметката ми беше, че ако бягам

годишна база.

„Ние вече сме голяма група от десетина-петнайсет човека. Ходим в избрана европейска столица – част от приятелите бягат, част от приятелите са на културен туризъм, част от тях са на кулинарен туризъм, а всички сме на винен туризъм“, споделя медикът.

През 2015-а дори успява да организира над 40 души от Варна, с които заедно се явяват на Истанбулския маратон. Едно от най-красивите трасета по думите му е това в Берлин. Другият му любим маратон е този в Рим. Сред „покорените“ столици са също Амстердам, Мадрид, Атина, Белград, Виена, Прага, Люблина, Брюксел, Лисабон, Букурещ и др. През март 2022 г. му предстои състезание в Малта.

„В крайна сметка успях да откажа цигарите и се чувствам много по-добре. Това е един от най-големите подаръци, които успях сам да си подаря“, заявява докторът.

Покрай маратоните завързва безценни контакти, а тичането се оказва поредният ефективен начин, с който да избяга от стреса и да разпусне след дълъг работен ден.

ДЖАЗ И ВИНО

През последните години към портфолиото си от хобита, д-р Христов добавя едно позабравено, но много любимо занимание.

„Аз рисувам от много малък. Не мога да си спомня точно откога. Това е едно от най-ранни неща, с които съм се занимавал. Всъщност тогава не съм си мислил, че ще се занимавам с нещо различно от рисуване“, споделя лекарят.

Точно преди да дойде време да кандидатства за художествена гимназия, нещо ужасно се случва в живота му. Тогава младата версия на д-р Христов се зарича, че повече няма да хване четката за рисуване. И не го прави в продължение на цели 30 години.

„Много пъти съм се усещал, че ми се иска, но съм си казвал – не, няма да рисувам“, спомня си той.

В крайна сметка желанието се оказва по-силно и д-р Христов създава първата си рисунка от много години насам – „Котка, прегърнала грамофонна плоча“.

„След като нарисовах котката, ме осени идеята, че мога да нарисувам друго животно с музикален инструмент, като например прасе, което свири на пиано, панда на контрабас или жаба диджей“, разказва лекарят.

Докато рисува, д-р Христов залага на джаз и вино. Безспорно невероятна комбинация.

„Рисувайки се сетих, че цялата идея може да бъде насочена точно в тази посока – джаз и вино“, казва

той.

Последните две заемат централно място в произведенията му, които са основно графики, но не от стандартните на бял картон с черен молив, а такива на черен картон, изрисувани със специални бели писци. И така от мрака, той не спира да създава светлина. В същото време идеята с джаза започва да се разраства. Появяват се картини с бутилки вино и лица на известни джаз изпълнители. Първоначално картините му се радват на интерес основно във Фейсбук. Приятелите му го призовават да направи изложба, но той не се чувства готов за това.

„Аз познавам истински художници, мен ме беше срам да покажа това, което правя, тъй като според мен тогава то нямаше никаква художествена стойност“, казва медикът.

При опит да рамкира част от картините си, отново получава оферта от варненска галерия, платната му да бъдат изложени в самостоятелна изложба. Отново обаче предложението му се струва прибрзано, а и той не иска да се раздели със своите картини.

По-късно обаче вижда примера на друг самоук художник, който превръща албумите си със снимки на картините си във Фейсбук в истинска изложба.

„Тогава си казах, щом той го направи, защото и аз да не мога да пречупя страха си“, спомня си д-р Христов.

Именно така се ражда неговата първа изложба под надслов „Джаз и вино“, която е открита на 17 декември 2021 г. Изложбата му пожънала голям успех и цял януари се радва на засилен интерес.

„Всяка една от картините е посветена на дадена джаз песен. Идеята беше, като застанеш до конкретната картина, да чуеш въпросната песен. Всички джаз парчета пуснахме да звучат на уредбата по време на изложбата, докато хората гледаха картините. Така комбинирахме визуалното с аудиалното, джаза с изобразителното изкуство, виното с приятелите. Получи се невероятно представление!“, разказва медикът.

ИМА ЛИ ЖЕЛЕНИЕ, ИМА И НАЧИН

Може би се чудите как този човек успява да обърне вниманието на всичките си хобита и да работи по 8 часа на ден.

По думите на д-р Христов обаче това не е нищо невероятно. Самият той пък се е чудил на колегите си в Медицинския университет как могат единствено да ходят на лекции и учат в рамките на цялото си следване.

„Аз ходих на лекции и упражнения, в същото време свирех в две групи. Традиционното за Варна е да имаш участие в няколко групи“, разяснява той.

Ковид обаче осуетява част от плановете му за маратони или участия на сцени. Работата през уикенда също намалява драстично. Именно тогава лекарят възражда своя интерес към рисуването.

„Когато човек е мотивиран, намира време. Това, за което не мога да намеря време, е време за четене, а обичам – просто времето не стига“, констатира лекарят.

В същия момент надпреварата на д-р Христов с времето продължава. Той не смята да спира нито с музиката, нито с тичането, нито с картините. А защо не някой ден да даде и нов шанс на педиатрията. Какво предстои? Само времето ще покаже.

