

# QUO VADIS



НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

## ХЕМОФИЛИЯТА БОЛЕСТТА НА КРАЛЕТЕ

**С**поред неофициалната статистика 700 българи у нас живеят с рядкото генетично заболяване хемофилия – нарушение при кръвосъсирването. Наред с болестта, пациентите се борят с редица предразсъдъци заради митове, които продължават да битуват въпреки лесния достъп до информация. И все пак... ако преди години хемофилията е била присъда, днес хората с това заболяване могат да водят пълноценен живот.

Всяка година представителите на Българска асоциация по хемофилия организират инициативи по случай Световния ден на хемофилията. 2021 г. кампанията им преминава под надслов „Движим се заедно с промяната!“, съобразно 2020 г., белязана от световната пандемия.

Какво е да живееш с хемофилия и защо пряко и косвено сблъскалите се със заболяването са избрали да помагат за това повече хора да се запознаят с него – четете в темата на броя.

На стр. 6-7



## ДПБЛНА ВЕЧЕ Е СЕРТИФИЦИРАН ЦЕНТЪР НА МОДЕЛА „МИНЕСОТА“



На стр. 4-5

Интервю с д-р Вл. Николов,  
А. Швед и А. Майхер

## Д-Р ГЕОРГИ ГАЛЕВ

На стр. 9



ЕДИНСТВЕНИЯТ  
БЪЛГАРИН, ПРИЕТ  
ДА СПЕЦИАЛИЗИРА  
В CLEVELAND CLINIC

ЗА КОНТРОЛ НА ГРИПНИТЕ СЪСТОЯНИЯ

## Осцилококцидум!

ПРОФИЛАКТИЧНО  
1 доза  
седмично

ПРИ КОНТАКТ  
С БОЛНИ  
1 доза на  
всеки от  
контактните

ИЗЯВЕНА  
КЛИНИЧНА  
КАРТИНА  
По 1 доза  
сутрин и вечер

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

2 ОПАКОВКИ = 3 МЕСЕЦА ПРОФИЛАКТИКА!



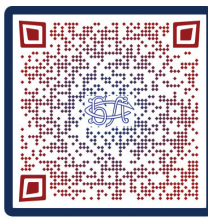
BOIRON®

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

ISSN 2534-8981



- Покана до РЛК за провеждане на 72. Отчетно-изборен събор на БЛС
- Д-р Иван Маджаров: 24-часовото разположение на личните лекари трябва да отпадне **На стр. 3**
- Д-р Радислав Наков: Над 18 000 лекари са регистрирани за е-ПМО в Medical News **На стр. 10-11**
- Специален гост - акад. проф. д-р Лъчезар Трайков, д.м.н. **На стр. 8**



СКАНИРАЙ МЕ



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

# ЕКСПЕРТИ И ПОЛИТИЦИ: НУЖНИ СА ИНВЕСТИЦИИ, ЕФЕКТИВНОСТ И РЕЗУЛТАТИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Инициативата „Заедно за повече здраве“, в която участват Българския лекарски съюз (БЛС), Българския фармацевтичен съюз (БФС) и Асоциацията на научно-изследователските фармацевтични производители в България (ARPharM) организира провеждането на онлайн дискусия с представители на основните политически партии, на служебното правителство и на здравните власти на тема „Инвестиции в здравеопазването“.

Модераторът на дискусията Деян Денев - изпълнителен директор на ARPharM, обясни, че целта на форума е да се обсъдят увеличаването на публичните инвестиции в здравеопазването и оптимизиране на контрола и ефективността на системата като част от стратегическия дневен ред на страната, нуждата от обновяване на инвестиционната стратегия в сектора с оглед постигане на по-добри здравни резултати, очакванията за 2022 г. в контекста на забавена диагностика и лечение през 2020 и 2021 г. в резултат от пандемията. „Българското здравеопазване трябва да направи стратегически скок и да се приземи там, където е здравеопазването на много страни в Европейския съюз“, каза Денев.

Лука Чичов, изпълнителен директор на IQVIA България и съпредседател на Здравния комитет на Американската търговска камара представи доклада „Здравеопазването като инвестиция“, който е разработен от Здравния комитет на Камарата. В него се посочва, че инвестициите в здравеопазването трябва да бъдат в стратегическия дневен ред на всяко правителство, за да се постави необходимият акцент върху здравето на хората, както и че те са абсолютна необходимост за гарантиране на дългосрочен и устойчив икономически растеж.

Според доклада въздействието на забавените или недостатъчни инвестиции в здравеопазването води до непряко нарастване на разходите за здравеопазване, както и дългосрочно намаляване на производителността на труда и БВП. По думите на Чичов българската здравна система бележи осезаем напредък в последните 20 години, но все още трябва да догони средните европейски нива. В следващите 10 години са необходими фундаментални и структурни промени в тази сфера – увеличаване на инвестициите, на политиките за превенция и скрининг, за въвеждане на иновации в медицината и дигитализация на системата. Необходимо е да се увеличат общите инвестиции в здравеопазването до 10% от БВП, както и да има по-ефективно разпределение на актуалните средства и прозрачно проследяване на разходите и прилагане на нови начини на финансиране. Според доклада стратегическите приоритети за развитие на здравеопазването трябва да обхващат инвестиране в превенция и скрининг, стабилизиране динамиката на работната



сила, подобряване на извънболничната помощ, въвеждане на дигитално здравеопазване.

Петър Т. Иванов, главен изпълнителен директор на Американската търговска камара в България заяви, че инвестициите в здраве са инвестиция в икономиката. Стратегическият доклад на камарата дава холистичен подход и предлага част от решенията за така нужната реформа в сектор „Здравеопазване“.

Д-р Иван Маджаров, председател на УС на БЛС, отбеляза, че проблемите в здравеопазването са свързани с кадрите, с демографските тенденции, снабдяването с лекарствени продукти и въвеждането на иновативни терапии. „Направеното днес в здравеопазването дава резултат след години, но няма време да се отлага“, заяви д-р Маджаров.

Проф. Асена Сербезова, председател на УС на БФС заяви, че ключовите думи в решаването на проблемите в здравеопазването са единство и обединение. „Ние сме толкова силни, колкото сме обединени и толкова слаби, колкото сме разединени“, каза тя. По думите ѝ стратегическият скок в здравеопазването може да се реши с промяна в мисленето.

Министърът на здравеопазването д-р Стойчо Кацаров коментира, че е погрешно здравната система да се разглежда като държавен разход, администрация или социално подпомагане, тъй като тя може да носи приходи и печалба по отношение на държавния бюджет. „Ако ние сме достатъчно умни да разберем, че здравната система е икономика и трябва да се развива като такава, страната, освен по-добри здравни грижи, може да си осигурява и по-добри приходи“, каза министърът. Той обобщи, че от тук нататък в цял свят инвестициите ще се насочат в удължаването и подобряването на живота на населението, развитието на високите технологии ще се насочи в медицината. Това е икономика, която не зависи от природните ресурси, а от нашия ум и потенциал, обясни д-р Кацаров.

Проф. Петко Салчев, управител на НЗОК, отбеляза, че у нас достъпът до здравни грижи е свободен, но физическият достъп на българските граждани до тях е нарушен поради недобрата инфраструктура, а миналата година вследствие на COVID-19 се е нарушил и психологическият достъп. Той засегна и въпроса за доплащанията за лекарства като изрази мнение, че

всички лекарства до 20 лв. трябва да се реимбурсират на 100% от касата, тъй като за тях именно се правят най-големите доплащания от страна на пациентите.

Кандидатът за народен представител от БСП проф. Георги Михайлов заяви, че българското население е изоставено от здравеопазване и всякакъв вид превенция, а средствата в системата не се изразходват ефективно и в полза на пациентите. Именно затова според него акцентът в развитието на здравеопазването трябва да е насочен към доболничната помощ и намаляване на ДДС върху лекарствата, а новият парламент и новото правителство трябва да се заемат с модела на финансиране на здравеопазването.

Д-р Александър Симидчиев от „Демократична България“ смята, че в България няма здравеопазване, а има болелечение. Здравноосигурителният модел у нас оставя много хора извън здравната система. В същото време 100% от населението има нужда от профилактика, което показва, че не може да има хора извън здравноосигурителния модел. Д-р Симидчиев добави, че структурните приоритети в сектора трябва да са свързани със стратегия за дигитализация на здравеопазването и за развитие на образованието в системата.

Проф. Костадин Ангелов от ГЕРБ обясни, че управленската програма на партията включва стратегия, чрез която да се увеличи БВП на страната на €100 млрд. в следващите 4 години. Това ще позволи всяка година приходите в НЗОК да се увеличават с 500 млн. лв. Другите идеи на партията са свързани с въвеждане на 3-стъпеново финансиране на медицинските специалисти с цел привличането им на работа в неблагоприятните райони, създаване на Национален център за обучение на неврогенезолози в болница „Св. Иван Рилски“ в София, създаване на няколко скринингови онкологични програми. Проф. Ангелов предлага и формиране на 30 изцяло оборудвани мобилни медицински центъра, ситуирани в големите университетски и областни болници, които да предоставят възможност на всеки български гражданин да получи помощ, независимо къде се намира.

Всички участници в дискусията се обединиха около това, че са нужни инвестиции, ефективност и резултати в здравеопазването.

## ПОЗИЦИЯ НА РЛК СЛИВЕН

Във връзка със смъртта на 15-годишната Зейнеп, починала на 20.06.2021 г. в МБАЛ „Д-р Иван Селимински“ АД гр. Сливен, РК на БЛС гр. Сливен на свое извънредно заседание обсъди и прие следната позиция:

Разбираме болката и страданието на семейството и близките на починалата Зейнеп и отправяме към тях нашите съболезнования.

Предстои компетентните органи да кажат дали има лекарска грешка и каква е причината за смъртта.

Не приемаме обвиненията на група хора, събрали се на протест пред лечебното заведение със скандирания „Убийци!“. Няма такъв лекар, който идва на работа с идеята да убива хора.

МБАЛ „Д-р Иван Селимински“ АД гр. Сливен е водещо лечебно заведение в областта за многопрофилна стационарна медицинска помощ с доказан авторитет и традиции. Смъртта на деца в лечебното заведение не е ежедневие.

Отправените обидни квалификации и упреци без доказана вина противоречат на общоприетите морално-етични правила и уронват престижа и достойнството на медицинската общност в лечебното заведение.



РЕГИОНАЛНА КОЛЕГИЯ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ  
СЛИВЕН  
8800 Сливен, ул. „Христо Ботев“ 1, тел. 044/611 700, 0888 879 325  
Email: bls\_sliven@abv.bg

## ОТВОРЕНО ПИСМО ОТ СЛУЖИТЕЛИТЕ НА НЦЗПБ

УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА,

Ние, работещите в Националния център по заразни и паразитни болести изразяваме дълбокото си възмущение, недоумение и несъгласие с неочакваното освобождаване на проф. д-р Тодор Кантарджиев от поста директор на НЦЗПБ.

Отсъствието на проф. д-р Кантарджиев, без никакво съмнение, ще доведе до затруднение в изпълнението на редица ключови национални и международни ангажменти на НЦЗПБ.

Ще бъде забавено изграждането на единствения по рода си Център за компетентност в областта на инфекциите и имунитета, както и на десетки научноизследователски проекти.

Дълбоко оскърбени сме от обяснението, че няма незаменни хора. Не! Проф. д-р Кантарджиев е незаменим лекар, учен, учител и организатор. За девет години като директор той изгради новия облик на НЦЗПБ. Превърна го в жив организъм. Овлабяването на пандемията в настоящия момент се дължи до голяма степен на неговите изпреварващи

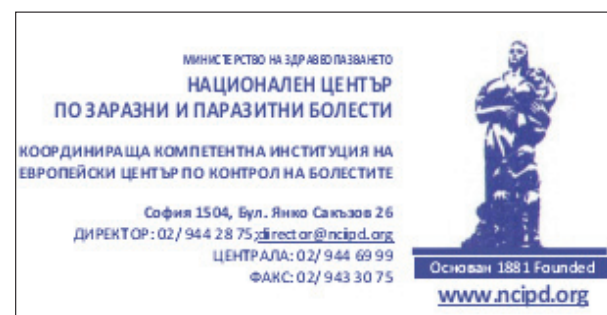
решения, разумни съвети и навременни действия. Той и екипът му откриха британския вариант на коронавируса на наша територия и сигнализираха за него седмици преди третата вълна на COVID-19. Проф. д-р Кантарджиев е човек, който не бяга от отговорност, който взема непопулярни решения и казва истината такава каквато е, поставяйки на първо място грижата за здравето на хората и националния интерес.

НЦЗПБ е семейството на проф. д-р Кантарджиев, за което той живее повече от 30 години, влагайки цялото си време, душа и сърце. Освобождаването му от поста е ненавременно, неадекватно и неконструктивно.

Това неоснователно уволнение, маскирано като законно пенсиониране, е опит за намесване на политиката в една надпартийна научна и академична институция!

Настояваме проф. д-р Кантарджиев да бъде възстановен на поста директор на НЦЗПБ в името на науката и за доброто на хората!

С УВАЖЕНИЕ,  
Служителите на НЦЗПБ



# ПОКАНА ДО РЛК ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА 72. ОТЧЕТНО-ИЗБОРЕН СЪБОР НА БЛС

До  
Председателите на Районните колегии  
към Български лекарски съюз

## ПОКАНА

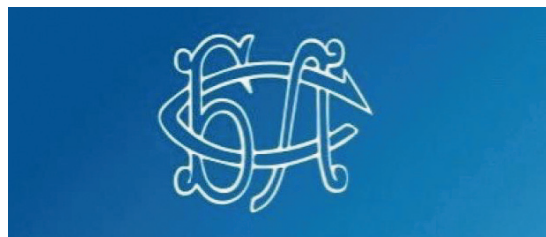
От  
Д-р Иван Маджаров, в качеството си на Председател на УС на БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ (БЛС), с код по БУЛСТАТ 121855943, със седалище и адрес на управление: гр. София, бул. „Акад. Иван Гешов“ № 15

Относно: *провеждане на 72-рия редовен отчетно-изборен Събор на Български лекарски съюз*

## УВАЖАЕМИ КОЛЕГИ,

На основание чл. 13, ал. 1, т. 1, предл. 1, във вр. чл. 8, ал. 3 от ЗСОЛДМ, § 4 от Преходни и заключителни разпоредби към Закона за изменение и допълнение на Закона за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, на зъботехниците и на помощник-фармацевтите (обн. - ДВ, бр. 85 от 2020г., в сила от 30.09.2020 г.), чл. 12, ал. 1, т. 1, във вр. чл. 6, ал. 3, предл. 1, във вр. чл. 7, ал. 1 от Устава на БЛС, Решение № 1.1. и 1.2. от 09.06.2021г., Решение от 15.06.2021г. и Решение от 22.06.2021г. на УС на БЛС, Ви каня на 72-рия редовен отчетно-изборен Събор на Български лекарски съюз, който ще се проведе на 18.09.2021г. (събота) в гр. София, бул. „България“, Националният дворец на културата (НДК). Началото на регистрацията на делегатите за Събора ще започне в 07:30 часа до 11:00 часа, а началото на Събора ще бъде обявено в 11:00 часа. Съборът ще се проведе при следния дневен ред:

1. Отчет за дейността на Управителния съвет, Контролната комисия и Комисията по професионална етика на Български лекарски съюз за изтеклия мандат 2018-2021г.



Гласуване освобождаване/неосвобождаване от отговорност на Управителния съвет на Български лекарски съюз;

2. Избор на председател на Управителния съвет на Български лекарски съюз;

3. Избор на заместник-председатели на Управителния съвет на Български лекарски съюз;

4. Избор на главен секретар на Управителния съвет на Български лекарски съюз;

5. Избор на членове на Управителния съвет на Български лекарски съюз;

6. Избор на председател на Контролната комисия на Български лекарски съюз;

7. Избор на председател на Комисията по професионална етика на Български лекарски съюз;

8. Избор на членове на Контролната комисия на Български лекарски съюз;

9. Избор на членове на Комисията по професионална етика на Български лекарски съюз;

10. Избор на членове на Висшия медицински съвет;

11. Разни.

гр. София

22.06.2021г.

С уважение:

Д-Р ИВАН МАДЖАРОВ  
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА УС НА БЛС

# Д-Р ИВАН МАДЖАРОВ: 24-ЧАСОВОТО РАЗПОЛОЖЕНИЕ НА ЛИЧНИТЕ ЛЕКАРИ ТРЯБВА ДА ОТПАДНЕ



Отпадане на лимитите, прехвърляне на повече дейности от болничната помощ в извънболничната, край на 24-часовото разположение на личните лекари. Такава заявка за промени в НРД 2020-2022 дадоха на съвместен брифинг ръководствата на Министерство на здравеопазването, Български лекарски съюз и Националната здравноосигурителна каса. Сред обсъдените промени е и търсенето на механизъм, с който да се въвлече пациентът в контрола на дейността.

Председателят на Българския лекарски съвет д-р Иван Маджаров посочи, че трябва да се контролират лошите практики и да се даде шанс на добре работещите колеги. „Важно е парите да следват пациента. Тази диспропорция, която се създаде през годините, да има привилегировани специалности, се случи изкуствено. Колеги не специализират дадена специалност, защото виждат, че тя е безперспективна. Това трябва да бъде прекратено. Важно е да преследваме еднакви цели“, каза още той. Сред обсъжданите предложения е и промяна в цените на медицинските услуги.

Здравният министър д-р Стойчо Кацаров заяви, че някои от анонсираните промени биха могли да се случат още тази година, но според него по отношение на отпадането на лимитите не бива да се бърза и е правилно това да се случи от следващата година.

## ПРОФ. ГАБРОВСКИ: НЕОБХОДИМА Е ДЪЛГОСРОЧНА СТРАТЕГИЯ, КОГАТО ГОВОРИМ ЗА ИНВЕСТИЦИИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Когато говорим за инвестиции в здравеопазването, резултатите са видими след години и ние трябва да имаме дългосрочна стратегия, в която заложеното днес ще даде резултат и ще бъде видно след 5 - 7 години. Това заяви зам.-председателят на БЛС проф. Николай Габровски след представянето на доклада „Здравеопазването като инвестиция“, изготвен от комитет „Здравеопазване“ на Американската търговска камара в България. Проф. Габровски поздрави авторите за задълбочения анализ, ясно дефиниращ проблемите, но и даващ разумни решения.

При представянето на данните Лука Чичов - съпредседател на Комитет „Здравеопазване“ заяви, че средствата в системата трябва да са до 10 на сто от БВП и поясни, че финансирането би могло да се осигури от преразпределяне на средствата от данъци и акцизи или чрез еврофондове, като общите средства трябва да бъдат предимно публични. Българинът доплаща за здраве близо 40 на сто, което, в сравнение с останалите европейски граждани, е над два пъти повече. Нужно е по-ефективно разпределение на средствата за здравеопазване, както и

прозрачност на разходите.

Докладът препоръчва приоритетите в здравеопазването да се насочат към превенция и ваксинация, към политики за скрининг, към навлизане на иновативна и качествена терапия с цел намаляване на риска от усложнения, както и към инвестиции в системата на здравеопазването, които да не се правят от пациентите. Отбелязано е и неравномерното разпределение на медицинските кадри в страната ни, както и ежегодното напускане на България от близо 300 лекари. Отчита се необходимостта от повишаване на инвестициите в извънболничната помощ.



## ПРОДЪЛЖАВА ПОДКРЕПАТА „ЗА ДЕЦАТА НА ГЕРОИТЕ В БЯЛО“

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“, продължава инициативата за финансово подпомагане на децата на починалите от Covid-19 медици под надслов: „За децата на героите в бяло“.

От старта на кампанията до 14.06.2021 г. по дарителската сметка са събрани 30 843 лв.

Ingram Micro Bulgaria подкрепи каузата и дари сумата от 4 хиляди лева „За децата на героите в бяло“. Благотворителният онлайн концерт „БЛАГОРОДНИ СЪРЦА СЪС ЗОНТИАНСКИ ДУХ“, който се проведе в края на месец май, също подпомогна с дарение от 2 250 лв. Сред звездите, които безвъзмездно участваха в концерта бяха: хор „Родина“, хор „Орфей“, Детски хор на БНР, Акордеонен квинтет НУФИ, Котел, Вокален състав при НУФИ „Широка лъка“, Кристина Димитрова, Тони Димитрова, Балет от Националното училище за танцово изкуство, Балет Национален дворец на децата, Васил Петров, Йордан Марков, ДЕС „Румина“, Джунитър Бенд.

Благодарим на всички дарители, фирми и частни лица, които протягат ръка в тежък момент.

Ако искате и Вие да помогнете може да го направите чрез дарение на:

Титуляр: Български лекарски съюз

Банка: УниКредит Булбанк АД

IBAN: BG55UNCR70001523991300

BIC: UNCRBGFS

Основание: МЕДИЦИ COVID-19

Децата на Героите в бяло имат нужда от Вашата подкрепа!

Само заедно можем да се справим!



## БЛС ПРЕДЛАГА ПРОФ. ТОДОР КАНТАРДЖИЕВ ЗА ОРДЕН "СТАРА ПЛАНИНА"

ДО  
Г-Н РУМЕН РАДЕВ  
ПРЕЗИДЕНТ НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ  
ДО  
Г-Н СТЕФАН ЯНЕВ,  
СЛУЖЕБЕН МИНИСТЪР-ПРЕДСЕДАТЕЛ  
НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Относно: Предложение за награждаване на Професор Д-р Тодор Кантарджиев с орден „Стара планина“

УВАЖАЕМИ Г-Н ПРЕЗИДЕНТ,  
УВАЖАЕМИ Г-Н МИНИСТЪР-ПРЕДСЕДАТЕЛ,

Управителният съвет на Български лекарски съюз предлага да се издаде указ за награждаване на проф. д-р Тодор Кантарджиев, д.м.н.,

м.з.м. с орден „Стара планина“, за изключителни постижения и безценен принос в областта на науката и медицината.

Огромно е приносите му в борбата с коварната болест и овладяването на пандемията от Covid-19 у нас, което се дължи до голяма степен на неговите решения, разумни съвети и навременни действия. Той и екипът му откриха британския вариант на коронавируса на наша територия.

На последните престижни награди на Български лекарски съюз медицинската гилдия отличи проф. д-р Кантарджиев в специалната категория „Борба с пандемията Ковид-19“.

Професор д-р Тодор Веселов Кантарджиев д.м.н., м.з.м., завършва Медицинска академия - София през 1981 г. като лекар.

От 1981 до 1982 г. работи в гр. Белово, от 1982 г. е научен сътрудник в катедра Военна епидемиология и хигиена на ВМА. От 1988 г. е в НЦЗПБ, последователно е ръководил лабораторен сектор, лаборатория, обединена лаборатория и от 1992 г. - отдел Микробиология. През 1986 г. придобива специалност Микробиология, през 2001 г. - Клинична имунология и през 2004 г. специалност Епидемиология на инфекциозните болести.

Проф. д-р Кантарджиев е доктор по медицина от 1991 г., а е доктор на медицинските науки от 2008 г. Доцент е от 1995 г., професор от 2009 г. През 2004 г. придобива магистърска степен по Здравен мениджмънт в МУ - София. Специализира в Германия и Великобритания.

Членство в професионални организации:

Председател на Българската Асоциация на Микробиолозите, зам. - председател на Научно дружество по микробиология, член на Управителния съвет на Европейската конфедерация по медицинска микология, член на Управителния съвет на Балканското дружество по микробиология, член на Микологичните Дружества на Франция, Германия, Швейцария и Люксембург, член на Американското дружество по Микробиология, член на Европейското дружество по клинична микробиология и заразни болести.

С уважение,  
Д-р Иван Маджаров  
Председател на УС на БЛС

# ДПБЛНА - СУХОДОЛ Е ПЪРВИЯТ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАВИСИМОСТИ

Д-Р ВЛАДИМИР НИКОЛОВ:

## СТАЦИОНАРЪТ НА ДПБЛНА РАБОТИ ПО УТВЪРДЕНИТЕ ПРАВИЛА НА МОДЕЛА „МИНЕСОТА“

Д-р Николов, преди 3 години Вие правите първите стъпки по въвеждането на програмата „Минесота“ във Вашата болница. Разкажете ни как се роди идеята за това.

Може би съм го казвал и друг път, но тази идея датира отпреди повече от 3 години. Преди 10-ина години, когато работех в болницата на 4-и километър, имах и тясно сътрудничество с АА (анонимните алкохолици). Много сме говорили с тях за тази програма. Тогава ние знаехме за съществуването ѝ, но тя не беше включена в терапевтичните подходи на нито една болница. От около 20 години полският център, който се занимава със зависимости и който е филиал на американската централа в Ню Йорк, отговаря за обучението по програмата „Минесота“ в нашия географски регион. Интересът ми беше продиктуван от факта, че това е стационарна програма и тъй като нашата болница е специализирана в тази посока, на мен много ми се искаше да започнем да прилагаме програмата, заради нейната ефикасност.

Всъщност аз попаднах във Варшава благодарение на моите приятели от АА, там лекари и директори на болници трудно приемат. Повечето хора, обучаващи се в тази програма, са психолози, ех-ове (бивши зависими – бел. ред.) и т.н. Но българските структури на АА ми помогнаха да бъда включен в обучение по програмата „Минесота“ във Варшава. То е много интензивно. В Полша се запознах с Анна Швед и Ева Войдило (директор на регионалната програма „Alcohol&Drug“, в рамките на която се провежда обучението в Суходол – бел.ред.), които са ръководители на програмата, с Анджей Майхер също. Споделих им идеята ми да въведем в ДПБЛНА програмата и те я прегърнаха с готовност. Те вече работеха в България, но все още нямаше стационарно звено, което да провежда програмата, следвайки акуратно нейните структури и замисъл. Това беше началото. След мен на обучение във Варшава замина един от нашите психолози. След като завърши своето обучение, аз, Анна и Ева решихме полският екип да дойде в България и да започне обучението на целия болничен персонал, защото това е програма, която обхваща много голям екип. Тя е комплексна и сложна и изисква голям брой подготовени специалисти. Започнахме обучението на нашия персонал, който от своя страна започна работа с пациенти. Бяхме под непрекъснатата супервизия от полска страна. Всяко 3-месечие изпращахме доклад за работата си, представяхме различни случаи. По време на пандемията се работеше онлайн, но процесът не е спирал. Така стигнахме до края и на 31 май бяхме официално лицензирани да работим по програмата „Минесота“. Ние не сме правили никакви вариации, това е оригиналната програма, съгласно утвърдените практики в нея.

Какви са предимствата от това, че болницата е официален център за работа по програмата „Минесота“?

Най-малкото, че тази методика вече има официално място, където се провежда по правилата. Това не е никакъв адаптиран, деформиран вариант, а се осъществява по всички правила. Както е в МКБ-10 напр. - по цял свят една диагноза се поставя на база едни и същи критерии.

Има ли, освен в стационара в Суходол, друга болница, където тази програма да се прилага?

Не, няма.

Имате ли преки наблюдения за ефикасността на модела „Минесота“?

Във всички случаи над 20%.

Което е висок резултат?

Безспорно.

Какво е различното в лечението на зависимости преди и след въвеждането на програмата?

По-рано имахме само една група по ТС (therapeutic community – бел. ред.). Сега, освен терапевтичните общности, имаме и програмата „Минесота“, което обогатява начина ни на работа, защото вече можем да предложим по-широкооб-



Връчване на сертификата на ДПБЛНА като център по програма „Минесота“  
От ляво надясно: Анна Швед, Анджей Майхер, д-р Владимир Николов

ватен и по-пълноценен подход в лечението. С постъпването на пациента в болницата се започва от отделението по детоксикация. След това, при негово желание, бива включен в програмата „Минесота“ и след това продължава в ТС, където работи по задълбочено, в т.ч. по неговата ресоциализация и подготовка за връщане обратно в обществото, където да продължи живота си нормално.

Задължително ли е участието в програмата „Минесота“?

Не, не е задължение, това е право на пациента – ако желае, има тази възможност вече. И лекари, и психолози участват в информирането на пациента за същността на метода. Искам да подчертая, че програмата „Минесота“ и ТС се водят изключително от психолози. Детоксът пък е изцяло работа на лекарите тук. Това не означава, че пациентът е лишен от медицински грижи след първия етап. Напротив – визитациите и наблюдението на здравния статус на всеки пациент продължава през целия период на хоспитализацията. Ние отдавна сме приели философията, че подходът е мултидисциплинарен и на всеки етап пациентът има осигурени и медицинска, и психиатрична, и психологическа помощ.

Има ли лечението фиксирана продължителност?

Програмите имат такава – „Минесота“ е 6 седмици, ТС – 4 месеца.

През това време пациентът е хоспитализиран?

Да, точно така.

Каква е процедурата за постъпване в болницата и включване в програмата?

За щастие, нашата болница, освен стационара в Суходол, има и извънболнична служба, която е към самата болница. Т.е. в нашата амбулаторна част имаме кабинет, изнесен в града. Защото е много важно всяка една помощ да бъде достъпна, да могат хората лесно да я намерят. Нашият кабинет е на удобно място в града и има двама лекари, двама психолози и персонал, който осъществява първия контакт с пациента и прави преценка на ситуацията. Ако може да се провежда амбулаторно лечение, то се прави извънболнично, като при нужда от медикаментозно лечение, то се осигурява, наред с психологическа помощ. Има извънболнични терапевтични сесии, всичко необходимо. Ако случаят е тежък, се налага хоспитализация в стационара в Суходол. След като бъде изписан пациентът, той може да продължи да поддържа връзка с амбулаторната програма, като ние поощряваме нашите пациенти да посещават сбирките на АА.

Трябва ли пациентът да минава през личния лекар?

Не, психиатрична помощ може да бъде потърсена директно.

А в София къде е амбулаторията?

На партера в МБАЛББ „Св. София“ (белодоб-

ната болница на бул. „Акад. Ив. Гешов“).

А само в Суходол ли е единственият стационар и трябва ли пациент от провинцията да дойде задължително до София?

Да, стационарът е само този в Суходол, иначе всеки може да потърси помощ от колега психиатър. Могат директно да се свържат с нас – на сайта ни има телефони за контакт.

Откакто заработи „Минесота“ увеличиха ли се желаещите да се справят със заболяването си?

Да. Има и лист на чакащи, който рядко е под 20 души.

В началото на интервюто казахте думите „приятелите ми от АА“. Означава ли това, че Вие поддържате връзка с пациентите си в тази терапевтична общност?

Да, приятелите ми. Тук, в самата болница, те идват да работят с нашите пациенти. Има групи, които се водят само от ех-ове. Навсякъде по света е така. И при нас в „Минесота“, и в ТС работят бивши зависими наравно с професионалистите.

Имате ли никакви планове, които предстои да бъдат осъществени?

Това, което много искаме да направим, са т.нар. Оксфордски къщи.

А какво е това?

Това е американски проект, въпреки че името навява мисли за друга държава. За да е по-ясно, да кажем, че е нещо подобно на защитените жилища. Но в никакъв случай това не е защитено жилище. В детайли – 8 души (ориентировъчно) ех-ове си наемат една къща – не употребяват ПАВ (психоактивни вещества), задължително трябва да имат работа, задължително не трябва в момента да имат криминални прояви, да не са обект на правосъдателни и разследващи органи и т.н. Може да са имали такива прояви в миналото, важно е по време на участието им в проекта да са „чисти“. Та... те си наемат една къща, плащат си всички комунални разходи. Задължително си избират отговорник на къщата, имат събрание и правилник на къщата, дневен и пропускателен режим. Задължително са по двама в стая, заради възможна поява на депресивни състояния, суицидни опити, които не са рядкост при тези пациенти. Всеки решава дали иска да остане в Оксфордската къща или ще избере друг начин на живот за себе си. Всеки има свободата да избира. По отношение на жителите на къщата – правени са различни опити и изводите са, че най-добри резултати има, когато „съквартирантите“ са от един пол. Смесените групи показват ниска ефективност. При жените няма проблем, ако имат малки деца, които ги придружават.

А каква е Вашата роля при създаването на такива къщи?

Сложно е... Водим разговори с НЦОЗА. Имаме контакт с един американец, живеещ в Благоевград, който също е амбициран да помогне за създаването

на такива жилища. Но срещаме постоянно трудности. В Америка проектът работи на пълни обороти, ние не можем да съберем 8 души. В САЩ се оказва, че такъв тип съседни са сред най-предпочитаните, защото са много коректни и почтени. Нещо повече – ако двама души се борят за едно работно място и единият е от АА, по-често бива избран той. Защо? Заради здравите моралните устои и воля, които тези хора развиват по време на лечението си.

Има ли други проекти, по които работите?

Продължаваме да усъвършенстваме и да развиваме програмата. Друго важно нещо, което искаме да направим, е да разкрием и развием към болницата един специфичен вид извънболнична помощ по подобие на амбулаторната помощ, за която стана дума по-рано, за тийнейджъри (под 18 г.). Тук, в болницата, ние можем да приемаме пациенти между 16 г. и 18 г. с психози – никакъв проблем няма. Приемаме ги с родител, имаме такива стаи. Хоспитализираме ги за няколко дни, докато мине острият стадий, след което се дехоспитализират. Но нямаме извънболнично звено, където да бъдат давани консултации на юношите. Защото при тях не ПАВ, които приемат, са проблемът. Проблемът е поведението. Т.е. на базата на едно девиантно поведение те започват да употребяват ПАВ.

И е необходима комплексна намеса?

Именно. Затова идеята ни е да направим и звено за тийнейджъри.

Зависими или нуждаещи се от психиатрична помощ?

За такива с девиантно поведение, защото обичайно тези с девиантно поведение употребяват някаква дрога. Ще се работи и с родителите. Ще има детски психиатър задължително, психолог, социален работник.

На какъв етап е реализирането на тази идея?

Водим разговори с НЦОЗА, започнал беше и диалог с министъра на здравеопазването от предното правителство. Беше тръгнала донякъде идеята, защото зам.-министър Св. Йорданова беше задвижила проекта. Бяха започнали разговори за броя и вида на персонала, който ще работи там. Имахме дори сграда, осигурена от кмета на община Триадница с право на ползване за 10 години. Тя, разбира се, се нуждае от ремонт. Ние си поемаме комуналните разходи. Това означава, че когато дойде следващото правителство, трябва да подновим разговорите – сградата трябва да се ремонтира, трябва да ни отпуснат щатни бройки за 4-ма психолози, един детски психиатър, един социален работник. Това са 6 бройки допълнително към щата на болницата. Има много неща, които трябва да се направят.

А къде се намираме ние по отношение на зависимостите в сравнение с Европа?

Ами... зле е положението. Над средното ниво сме по употреба на всички ПАВ – алкохол, цигари, канабис, амфетамини...

А по отношение на грижата за зависимите?

Ние сме доста далеч от европейското ниво. По отношение на употреба сме над средното, а лечението и грижата са под него.

Изкушавам се да попитам – стигмата, тегнеща върху зависимите, все още ли е така силна?

За съжаление, да. Вие сам споменахте в предва-рителния ни разговор, че интелигентни, разумни хора не смятат зависимостта за заболяване. У нас все още на това се гледа през призмата на моралните категории и е позорно от морална гл. т. да кажеш, че имаш такъв проблем и да тръгнеш по пътя на решаването му. Същевременно е парадоксално, че сме много пермисивни по отношение на алкохола. Европа като цяло е толерантна към употребата му. Но когато се окажеш от другата страна, всички ти обръщат гръб.

# У НАС СЕРТИФИЦИРАН ЦЕНТЪР ПО ПРОГРАМАТА „МИНЕСОТА“

В бр. 7/ 2019 г. в. „Quo vadis“ писа за началото на въвеждането у нас на най-ефективната в световен мащаб програма за лечение на зависимости „Минесота“. Инициатор е директорът на ДПБЛНА д-р Владимир Николов, който се обръща към полската фондация „Батори“, която организира и финансира обученията по програмата за Източна Европа. В България те се провеждат от терапевтите Анна Швед и Анджей Майхер, с които Ви срещнахме преди 2 години. На 31 май 2021 г. ДПБЛНА

получи своя сертификат за специализирана подготовка за провеждане на програмата за терапия на зависимостите по модел „Минесота“.

Какви възможности дава това за лечението на зависимостите в България и какъв е пътят за изграждане на подобен център, четете в интервютата, които А. Майхер, А. Швед и д-р Вл. Николов дадоха специално за нашите читатели, минути преди церемонията по връчване на сертификатите.

## АНДЖЕЙ МАЙХЕР:

Здравейте, Анджей, Анна! Отново сте в България. Предишната ни среща с Вас беше преди 2 години, когато бяхте у нас във връзка с началото по въвеждането на модела „Минесота“ в ДПБЛНА – Суходол. Какъв е поводът да сте днес отново в България?

**Анджей Майхер:** Преди две, дори преди 3 години, ръководството на болницата отправи запитване към фондация „Батори“ дали може да съдейства за въвеждането на програмата „Минесота“ в България. Фондация „Батори“ се занимава именно с това – да обучава кадри в областта на лечението на зависимости. Отначало мислехме, че това ще бъде 4-дневно обучение за принципите, но постепенно се оформи като обучение на терапевти и въвеждане в основите на програмата. Базово за тази програма е това, че целият персонал трябва да мине през обучение – лекари, психолози, тук знам, че има и социален работник; по същия начин, както и възстановяващите се зависими, които идват тук след своята терапия като консултанти. В обучението се включват и медицинските сестри. Защото може да се каже, че целият персонал въздейства върху пациента – на всяко едно ниво – от момента на приема до дехоспитализацията.

Болницата е добре организирана – има 3 отделения, през които минават пациентите, и така се постига един напълно завършен цикъл. Започва се от детоксикацията, където става въпрос преди всичко за медицинска интервенция и грижа, после пациентът работи върху своята зависимост във второ отделение, а в третото се учи на социални умения, където се работи по ресоциализацията му. Разбира се, с всички ограничения, свързани с алкохолната болест.

Трябва много да похвалим д-р Николов за огромните усилия, които положи да бъде постигнато всичко това. Не сме имали никакви проблеми с достъпа на хората до обучението, със сроковете и т.н. Обучавали сме на много места и бихме искали навсякъде да има такова сътрудничество с ръковод-

## МЛАДИТЕ ХОРА УПОТРЕБЯВАТ РАЗЛИЧНИ СУБСТАНЦИИ, ЧЕСТО ЕДНОВРЕМЕННО

ствата, както тук.

**Анна Швед:** И навсякъде бихме искали да имаме такива участници в обучението като тези от болницата в Суходол, защото наистина извънредно голяма ангажираност, активност, съпричастност, интерес към всичко, което ние можем да предоставим като знания и умения. Ние успоредно обучаваме и други екипи в България и винаги даваме за пример екипа, с който работим тук.

**Анджей Майхер:** Бих искал да добавя, че в областта на зависимостите обучаваме хора в България вече над 20 години.

**- А сега ДПБЛНА, стационарен блок Суходол, става сертифициран център за работа по програмата, доколкото разбрах?**

**Анна Швед:** Ще връчим официалния документ за това след минути!

**Анджей Майхер:** Болницата е сертифицирана от фондация „Батори“. Тази фондация обучава хора от бившите социалистически страни – Русия, Литва, Латвия, Украйна, а също Азербайджан, Казахстан.

**- Какво Ви предстои още в България в рамките на тазгодишното Ви посещение?**

**Анджей Майхер:** Още днес отиваме в Долна Баня. Там продължаваме работата си със специалистите, работещи с младежи, употребяващи или зависими от алкохол или наркотици. Ще изработим терапевтичен план за работа в 7 точки в България. Подозирам, че това ще бъде начална работа, защото стартираме по-общо обучение и вероятно на по-късен етап ще навлезем и в детайли. Предполагам, че ще повторим работата си тук – обучение и след това супервизия, защото тук хората въвеждаха програмата и обсъждахме как да я усъвър-

шенстваме. Ще говорим вероятно с г-н Николов за по-нататъшно сътрудничество и супервизия. Това, разбира се, трябва да се обсъди и с нашата фондация в Полша.

**- Стационарният блок в Суходол за засега остава единственото място, работещо по метода на програмата „Минесота“?**

**Анна Швед:** Единственото държавно учреждение, да. Иначе има частни центрове, които ползват поне елементи от програмата. Някои от тях също са обучавани от нас. В Суходол пациентите обаче не заплащат нищо.

**Анджей Майхер:** Представяме си, че след 2 години болницата в Суходол ще бъде водеща и пример за останалите подобни болници в България. Необходимо е такова лечебно заведение, което да е обучителен център за други такива, да осигурява възможности за работа на стажанти, които да преминават 2-седмично обучение и така да могат да пренасят опита в своите болници.

**- Нарастват ли шансовете за лечението на зависимости, след като вече имаме такъв център в България?**

**Анджей Майхер:** Да. Програмата „Минесота“ се опира на различни изследвания на ефикасността на метода, но честно казано тя е реализирана в щата Минесота. Тук ще бъде програма „Суходол“, опираща се на модела „Минесота“, защото не може механично да се пренасят неща от едно място на друго, да не говорим от една държава в друга, тъй като съществуват социо-културни различия. По време на обучението и работата с персонала тук се положили наистина много усилия, за да може програмата „Минесота“ да се напасне по най-добрия начин към условията и състоянието в България. Някои центрове в Европа се опитват да пренасят програмата 1:1 и знаем, че този подход не работи.

**- Т.е. важен е контекстът, в който програмата се реализира и прилага?**

**Анджей Майхер:** Огромно значение има – и поляците, и българите сме славяни, но има съществени разлики.

**- А какво е характерното за условията в България?**

**Анджей Майхер:** Ами... друг начин на пиене. Друг е и подходът към пиещите от страна на обществото.

**- Можете ли да кажете повече за това?**

**Анна Швед:** Тук се пие по-често и по-малко. Преди години, когато заживях в България за няколко години, имах усещане, че много от хората около мен са леко „на градус“ през по-голямата част от времето, в едно леко приповдигнато настроение, но относително по-рядко се виждат много пияни хора по улиците. За сравнение, в по-северните страни се употребява повече твърд алкохол и в по-големи количества.

Там по-често можете да срещнете тежко пияни хора. Тук алкохолът сякаш пък е по-придружаващ ежедневния стил на живот на хората, специфичен, бих го нарекла, битов стил на пиене. Съществуват и разлики в подходите на здравните системи. В Полша напр. здравната система в това отношение е по-развита и условията за изграждане и функциониране на такива центрове са доста по-благоприятни, защото се подпомагат от държавата, докато, доколкото знам, тук не е така. Анджей ще Ви разкаже как действа полската система.

**Анджей Майхер:** В Полша лечението на алкохолизмите може да се каже, че винаги е съществувало, защото е започнало в началото на 50-те години на XX в. Не говоря в момента за тази програма конкретно. Имам предвид, че мрежата от центрове за лечение винаги е била голяма и добре развита. Законът в Полша изисква да има изградена такава амбулатория на 25 хил. жители. Трябва да има поне едно отделение или болница като тази в Суходол във всяко едно воеводство (в Полша има 19 воеводства). Разбира се, тези заведения са много повече – има около 30 в страната. Амбулаториите също са много, защото в Полша има голяма мрежа, в която влизат и частни центрове, които обаче също се финансират с държавни средства.

**- Кога трябва да светне у човек червената лампа за тревога, че вероятно развива зависимост?**

**Анджей Майхер:** Няма такава ясна граница. Това е процес. Червената лампа трябва да светне тогава, когато пиенето започва да причинява загуби, но въпреки това продължавам да пия. Това е сложно. Би трябвало да обясня целия този процес на зависимостта, защото се появяват едни такива психологични механизми, които защитават пиенето и заблуждават човека. Това е един от най-трудните моменти – някой да бъде мотивиран да започне лечение. Защото, когато човек е тук, ние знаем как да помогнем. Но докато не стигне до този етап – да бъде тук, ние сме безпомощни.

И ще отговоря и на въпрос, който не е зададен, но е важен. Досега проблемът беше с алкохола, но от тук нататък този проблем ще става все по-комплициран, защото младите хора не употребяват само алкохол, те употребяват различни субстанции, често едновременно. Програмата, която се опира на модела „Минесота“, която директорът на болницата въведе, е универсална програма, която работи с всички зависимости. Тук вероятно има пациенти, които имат различни такива – от алкохол, наркотици, медикаменти и те се лекуват по един и същи метод.

Д-р Вл. Николов: И от хазарт.

Интервю на Георги Радев

Преводач: Васил Петров



# ХЕМОФИЛИЯТА – БОЛЕСТТА НА КРАЛЕТЕ

## Виктор Паскалев, председател на УС на Българска асоциация по хемофилия: Информираността ще намали случаите на стигматизация и дискриминация

- Г-н Паскалев, какво не знаем, а трябва, за болестта хемофилия?

- Хемофилията е наследствено рецесивно предаващо се генетично заболяване, свързано с нарушение в съсирването на кръвта. Хората, имащи хемофилия, се раждат с нея и то не може да бъде прихванато при контакти с хора с хемофилия на детската площадка, в детската градина, в училище, в университета, на работното място, при съжителство или при контакти в свободното време. Освен наследствена, има и придобита хемофилия. Тя е изключително рядко състояние (1:1 000 000) и се появява като страничен ефект при поизване на някои медикаменти, при определени заболявания като в 50% от случаите причините остава неизяснени. Пациентите с хемофилия не кървят повече, а по-дълго от здравите хора.

- Какви са основните трудности, с които се сблъскват пациентите с хемофилия в България?

- За пациентите над 18 г. са количествата коагулационни агенти (лекарствени продукти ползвани при лечение на вродените коагулопатии), които се отпускат от Националната здравноосигурителна каса, те са недостатъчни. Не се отпускат коагулационни агенти за профилактика при тези пациенти, въпреки че е абсолютно необходимо. Дори в приложение 1А и 1Б на Изисквания на НЗОК при лечение на вродени коагулопатии в извънболничната помощ има дискриминационен текст, в който е дадено изискване коагулационните агенти да се отпускат по необходимост и за профилактика само при пациенти под 18 г. Това неминуемо води до влошаване на здравния статус на пациентите, а оттам и реализацията им на пазара на труда. При пациентите под 18 г. това е дискриминацията при постъпване в детска градина и училище. Предвид, че заболяването е рядко, средните и леките му форми трудно се разпознават. Също така ненавременното диагностичиране. Например през 2020 г. Българска асоциация по хемофилия съдейства за диагностичиране на момче на 11 г. Въпреки че има ясна фамилна обремененост и наличието на характерни симптоми на заболяването, то не е било разпознато. Друга трудност е наблюдението на бременни майки носители на дефектния ген и последващото раждане.

- Присъда ли е хемофилията в 21-ви век?

- За щастие вече не. От средата на миналия век, когато тази диагноза е била смъртна присъда, до днес медицината направи революция в лечението на това заболяване. Макар и нелечимо все още, наличните в момента в света, а и в България, поддържащи терапии са много ефективни и все по-щадящи пациента. Поддържащите терапии в момента са два вида - факторни и нефакторни. При факторните терапии липсващия FVIII или FIX се добиват или от човешка кръвна плазма, или от клетъчни култури (рекомбинантни фактори), а при нефакторните терапии при лечение на Хемофилия А се използва моноклонално тяло, което замества функцията на FVIII в организма на засегнатия. Нефакторните терапии засага са много по-щадящи и удобни за пациентите, защото се прилагат подкожно веднъж на една - три седмици. При това постигнатият контрол на кръвосъсирването е много добър.

- Какъв беше Вашият първи сблъсък с болестта и кои бяха най-важните уроци, които научихте от него?

- Първият сблъсък с болестта беше, когато на 4-месечна възраст синът ми получи последователно два външни кръвоизлива след одраскване в ухото и на носа, които не можах да се овладее с притискане на мястото на одраскване, както хематомите на брадичката и меките тъкани под ръцете. Направихме консултация при районния наблюдаващ педиатър, през 1999 г. такава беше организацията, но за съжаление, заболяването не беше разпознато и се наложи платена консултация при хематолог в детска поликлиника. За щастие хематологът се оказа проф. д-р Владимир Спасов, който разпозна заболяването, в резултат на което бяхме насочени към лечебно заведение, където се лекуват вродени коагулопатии. След диагностичиране на заболяването със съпругата ми изкарахме период първо на отрицание, след което на опознаване на заболяването. Всичко това ме мотивира да работя за хората с коагулопатии в България. Родителите на такива деца трябва да знаят, че болката от това, че детето ти е с неизлечимо заболяване никога няма да си отиде, но ако прекратят живота си в оплакване и не се научат да живеят със заболяването, може никогда да не се насладят на много занимания.

гото специални и много хубави неща и моменти.

- Какво се промени от тогава досега за пациентите с хемофилия?

- Промяната основно е при пациентите под 18 г. Въведе се профилактиката като основен терапевтичен подход при децата с тежка форма на заболяването. Осигуряването на коагулационните агенти през 2011 г. премина от централизирана обществена поръчка в Министерство на здравеопазването към Националната здравноосигурителната каса, което осигури ритмичност и предсказуемост при получаването на коагулационните агенти от пациентите. Пациентите с хемофилия започнаха да получават предписаните им коагулационни агенти от аптечната мрежа по местоживее. Разшири се кръгът от търговски наименования коагулационни агенти, до които пациентите имат достъп, и спомогна за по-бързото навлизане на съвременните терапии в лечението на пациентите с хемофилия.

- Какви са най-честите митове и заблуди, свързани със заболяването?

- Че като се пореже кръвта на засегнатия ще изтече, че най-лекото докосване може да е смъртоносно и че е опасно за тях да извършват каквато и да е трудова дейност.

- Вече седем поредна година Българската асоциация по хемофилия организира информационна кампания по повод Световния ден на хемофилията. Защо е важно обществото да е запознато с естеството на болестта?

- За да има информация за възможностите, които вече имат хората с хемофилия да се обучават, трудят, пътуват и допринасят за благосъстоянието на обществото, като по този начин бавно, стъпка по стъпка да се преодолее широко разпространените в обществото предразсъдъци за хемофилията като заболяване. Информираниостта максимално ще намали случаите на стигматизация и дискриминация при приемането на децата с хемофилия в детска градина, училище, а на възрастните на пазара на труда.

- Какви бяха основните цели на тазгодишната информационна кампания по повод 17 април - Световния ден на хемофилията?

- Със слогана „Движим се заедно с промяна-



tal", промяната като необходимост от адаптиране към средата, създадена от COVID-19, се опитаме да обединим най-много хора и да призовем широката общественост за по-толерантно и приемливо отношение. Да алармираме и обърнем внимание на отговорните институции за проблемите и нуждите на хората с хемофилия.

- Изоставя ли държавата в грижите за пациентите с хемофилия? Какво остава направено и недовършено към този момент?

- От 2011 г. остана нерешен проблемът с незаплатеността от Националната здравноосигурителна каса на коагулационни агенти за планови хоспитализации. Много от момчетата с хемофилия, които са над 30-годишни, в миналото не са имали адекватно лечение, каквото е в момента. Затова техните стави са силно увредени от постоянните кръвоизливи. Тези млади хора имат нужда от изкуствени колени или тазобедрени стави, от ендопротезиране. В противен случай пада качеството им на живот и тяхната конкурентност на пазара на труда. Около 120 - 150 души имат необходимост от коагулационни агенти, които да профилактират кръвоизливите при планови операции.

- Какъв е Вашият основен апел към всички хора, които се сблъскват пряко или косвено със заболяването?

- Да не унинат, да не изпадат в отчаяние, да търсят вина и да обвиняват. Това е пагубно поведение, с което не се помага нито на пациента, нито на себе си, нито на околните. При съобщаването на такава неприятна диагноза най-важното е родителите да останат заедно, да се сплотят и да се научат - първо те, а след това и детето, как да се живее със заболяването.

## Д-р Атанас Банчев:

# ЛЕКИТЕ ФОРМИ НА ХЕМОФИЛИЯТА МОГАТ И ДА НЕ ОСТАНАТ РАЗПОЗНАТИ ДО КЪСНА ВЪЗРАСТ

- Д-р Банчев, какъв е броят на пациентите, които страдат от хемофилия у нас? Колко нови случая се откриват годишно?

- За съжаление, в България не съществува официален регистър на хората с хемофилия и разполагаме с обобщени данни, подавани на колегиален принцип от лекарите, лекуващи състоянието. Според данните ни броят възлиза на между 650 - 700 души. Повече от половината са пациенти с тежка форма на болестта. По отношение на новотворителите - броят е постоянен - на година се раждат около 3 деца с хемофилия.

- Какви са основните проявление на заболяването? Каква е разликата между хемофилия А и хемофилия Б?

- Заболяването се включва в групата на нарушенията на кръвосъсирването (коагулопатии). В кръвта на хората с хемофилия липсват конкретни белтъци, наречени фактори на кръвосъсирването (фактор VIII при Хемофилия А и фактор IX при Хемофилия В). Резултатът от тази липса се проявява в неконтролирано кървене при травма. При тежките форми на болестта кръвоизливите най-често настъпват спонтанно в големите стави на тялото, превръщайки се, при неадекватно лечение, в причина за хронична ставна увреда. Реално не съществува разлика между симптомите, откривани при Хемофилия А и В.

- Как се предава заболяването? Кои групи хора са по-предразположени към развитието на хемофилия?

- И двата вида Хемофилия - А и Б са генетични болести, дължащи се на дефект в клетъчната програма, който или е унаследен от майката, или е настъпил спонтанно в новоразвиващата се ембрион. Тъй като гените, кодиращи фактор VIII и IX са разположени в X-хромозомата, от хемофилия страдат индивидите от мъжки



пол, а жените са само носители на болестта или проявяват минимални симптоми.

- Кога най-често се открива заболяването и защо навременната диагностика е от съществено значение?

- Тежките форми на заболяването се откриват на възраст между 6 месеца и 2 години. Това е периодът на нарастване на физическата активност на детето. Често след пълзене или ходене се откриват необясними отоци и невъзможност за движение на ставите на детето. В други случаи настъпват големи мускулни кръвоизливи след ваксинации или дълго кървене след пункция по повод на провядане на кръвни изследвания. Леките форми на болестта могат и да не останат разпознати до късна възраст, ако не настъпи голямо нараняване или оперативна интервенция.

- Какви терапии са достъпни за пациентите с хемофилия и разходите за каква част от тях се поемат от НЗОК?

- Към момента в България са достъпни всички налични в света препарати за лечение на хемофилия. В зависимост от показанията и нуждите на конкретния пациент НЗОК поема лечението и то е напълно безплатно.

- Как се промени диагностиката и лечението на заболяването през годините?

- За щастие сме свидетели на огромен напредък в лечението на хемофилията. От заболяване, което е било смъртна присъда до 50-те години на XX век, към момента при хората с хемофилия се описва продължителност на живота, съпоставима с тази на общата популация. Голяма част от младите пациенти имат

завидна физическа култура и са пълноценни единици на обществото. Описаното до тук е продукт на общия напредък в медицината въобще - наличие на рекомбинантни технологии, възможност за ранна диагностика на усложненията, лечение в комплексни центрове.

- Имате защитен дисертационен труд, с който се въвеждат за първи път в България ехографските методи за оценка на ставния статус при пациенти с хемофилия. В какво се изразяват тези методи?

- Ехографските методи в оценката на ставния апарат позволяват в много кратък срок - 5 до 10 минути, безболезнено и безвредно да се установи, дали са налични ранни изменения в ставите на хората с хемофилия, които в противен случай могат да бъдат открити единствено чрез изследване с ядрено-магнитен резонанс - едно скъпо и времеемо изследване. Въз основа на данните, получени от ставната ехография, можем да адаптираме терапията така, че да предотвратим инвалидизиращите последствия на болестта.

- По какъв начин пандемията се отразява на пациентите с хемофилия?

- Пандемията се отразява на хората с хемофилия по същия начин, по който се отразява тя на всички останали. Пациентите са по-изолирани, по-притеснени, с по-неясно бъдеще. Над 90% от пациентите ни са обучени да провеждат сами домашно лечение, което ще рече, че терапията им протича адекватно, независимо от по-затруднения достъп до лечебните заведения.

- Имате ли наблюдения как тези пациенти боледуват от COVID-19?

- Налични са не много, но все пак достатъчно данни, за да можем да обобщим, че хората с хемофилия не са по-застрашени от тежко протичане на COVID-19 от останалата популация.

- Могат ли ваксините срещу коронавируса да се окажат опасни за пациентите с хемофилия?

- Ваксините срещу COVID-19 не са по-опасни за хората с хемофилия, отколкото за всички останали. Разбира се, при приложението на ваксината трябва да се спазват определени правила, за да не бъде предизвикан тежък мускулен кръвоизлив. Препоръчваме всеки пациент с хемофилия, който вземе решение да се ваксинира, да потърси лекуващия си хематолог за получаване на конкретни инструкции по темата.

## Александър МИШЕВ, пациент с хемофилия:



# БОЛНИТЕ ОТ ХЕМОФИЛИЯ МОГАТ ДА ВОДЯТ НАПЪЛНО НОРМАЛЕН ЖИВОТ

Вече 19 години Александър Мишев живее с диагнозата хемофилия. Началото е трудно, признава той - особено когато си дете. С напредването на времето и медицината обаче той се радва на един пълноценен живот. През свободното си време готви, свири на китара и, напук на общоприетото грешно схващане, че пациентите с хемофилия трябва да избягват спорта, Алекс тренира фитнес и баскетбол. В настоящия момент обаче прекратява повече време над учебниците, тъй като се готви да бъде студент по медицина. За пята от научаването за диагнозата до нейното приемане - четете неговия разказ в следващите редове.

- Хемофилията е част от Вашия живот вече цели 19 години. Кои бяха Вашите най-тежки сблъсъци с болестта за това време?

- Най-тежките ми сблъсъци през тези 19 години са били главно в детските ми години, когато профилактиката все още не беше толкова силно навлязала. През този период получаваш най-много кръвоизливи. Бях в такава възраст, че бе почти невъзможно да не се удара някъде в резултат на детските си

занимания.

- С какви трудности сте се сблъскали през годините заради Вашето заболяване? Имало ли е момент от живота Ви, в който диагнозата Ви е пречила осезаемо?

- Винаги трябва да си обвързан с лекарството си, то винаги трябва да е с теб! Може би това най-много ми пречи в началото особено когато не беше възможно да съхранявам лекарствата в дома си, а се налагаше да се поставят в болницата. Вина-

ги, когато спортувам активно, пътувам или извършвам тежка физическа дейност, трябва да съм поставил предварително необходимата доза фактор, за да избегна възможността от спонтанен кръвоизлив. Поради тази причина на някои физически дейности трябва да се избягват или да бъдат спрени.

- Как се научихте да живеете със заболяването и да водите един напълно пълноценен живот въпреки него?

- Благодарение на непрес-

тания напредък на медицината и осигуряването на достатъчно медикаменти от страна на държавата, в днешно време болните от хемофилия са поставени на профилактично лечение, което се извършва в домашни условия и благодарение на което хората могат да водят един напълно нормален живот.

- Участвате активно в информационните кампании, свързани с хемофилията. Каква е Вашата мотивация? Защо за Вас е важно

хората да знаят повече за това заболяване?

- Винаги съм обичал да помагам на хората! Хората е важно да знаят за това заболяване, защото в някои ситуации тяхната намеса може да бъде решаваща. Освен това една част от хората, до които достига информацията, са с хемофилия, а това е един много добър начин да получат проверена и подробна информация от достоверен източник!

- Според Вас дискримини-

рани ли са хората с хемофилия у нас?

- Не, по абсолютно никакъв начин не смятам, че хората с хемофилия са дискриминирани. Те по нищо не се различават от нормалните хора, с изключение на това, че през определен период от време им се налага да си поставят необходимите медикаменти.

- Какво бихте казали на човек, който сега разбира, че има хемофилия или на родител, чието дете е диагностицирано с това заболяване?

- Да не изпадат в паника. Заболяването е напълно контролируемо в днешно време, благодарение на което хората с хемофилия могат да водят един напълно нормален и пълноценен живот.

- А каква е Вашата оценка за грижата за пациентите с хемофилия у нас? Виждате ли стъпки в положителна насока през последните години или напротив?

- Медицината в днешно време се развива с изключително бързи темпове, благода-

рение на което и грижите за пациенти с хемофилия също напредват.

- По какъв начин пандемията от COVID-19 повлия на ежедневието Ви?

- От пациентска гледна точка пандемията от COVID-19 не оказа особено значение, поради факта, че лечението ни се извършва почти изцяло в домашни условия.

- В какво се изразява Вашето лечение в момента и въярвате ли, че напредъкът на медицината може да направи

по-лесен живота на пациентите, които сега се сблъскват с диагнозата?

- За момента използвам рекомбинантен фактор, който се поставя венозно, но в близкото бъдеще се очакват нови методи за лечение.

- Какво се надявате и въярвате, че ще се промени в бъдеще за пациентите с хемофилия?

- Надявам се хората с хемофилия в бъдеще да могат напълно да се излекуват от нея.

# АКАД. ЛЪЧЕЗАР ТРАЙКОВ: НАУКАТА НЕ Е САМОЦЕЛ, НАУКАТА Е ЧАСТ ОТ НИВОТО НА МЕДИЦИНАТА В ЕДНА СТРАНА

**Акад. Лъчезар Трайков е завършил медицина в Медицински университет – София със специалност Неврология. От 1993-та в продължение на осем години работи във Франция в сферата на деменциите, невропсихологията и неврологията. Защищава докторска степен във факултета „Рене Декарт“ на университета „Париж Пей“. В периода 2009-2013 г. е изпълнителен директор на УМБАЛ „Александровска“. От 2008 г. до 2020 г. е ръководител на Катедрата по неврология към МУ – София, а в разгара на пандемията миналата година оглавява учебното заведение в качеството си на негов ректор.**



- Акад. Трайков, смутни времена настъпиха за медиците по цял свят. Какво бъдеще очаква новите лекари, които сега завършват МУ-София?

- Мисля, че това, което ги очаква, не е страшно. Ако имате предвид дали случайно не е пострадала степената на тяхното обучение – спокойно мога да кажа, че не е. Естествено, много по-добре би било, ако можехме да проведем цялото обучение по стандартния начин – на живо, в присъствена форма. Но, за съжаление, COVID-19 беше едно много тежко предизвикателство. А нашата роля в случая е много-много – тя ни задължава да се опитаме да запазим здравето, от една страна, на самите деца и техните близки, от друга – на преподавателите, от трета – на пациентите.

- И все пак предполагам „новото нормално“ е дало определено отражение...

- В началото бяхме малко стъписани, когато ни се наложи да преподаваме пред един екран без жива аудитория. По нищо обаче качеството на онлайн лекциите не отстъпва на това на тези в присъствена форма – могат да се задават въпроси и да се провеждат дискусии; презентациите са същите. При практическите занятия обаче – да, имаше отражение. Постаряхме се, положихме известни усилия да компенсирате. Докато все още бях ръководител на Катедрата по неврология, заедно с колегите разработихме подробни клипове с инструкции и обяснения за студентите. Опитвахме да създадем атмосфера, подобна на тази в реални условия. Естествено, липсваха възможности студентите да се докоснат до пациенти на живо, но не мисля, че това намали като цяло усвояването на знания. В медиите се заформи дискусия как студентите по медицина ще учат дистанционно. Хората, които задават тези въпроси, сякаш живеят в епохата на Арчибалд Кронин, когато медицината се учеше единствено и само чрез директния допир до пациента. Сега имаме огромни възможности за дистанционно обучение. Благодарение на 3D камери например, студентите могат да наблюдават операции в реално време, като могат да задават въпроси и да комуникират с операторите.

- В този ред на мисли, ще залагате ли повече на дигитализацията в обучението в бъдеще?

- Задължително. За съжаление нашият университет е малко по-назад в това отношение. Поех ръководството му в едно малко по-трудно положение, на места даже нямаше качествен Wi-fi. Към настоящия момент всички 1600 преподаватели във всички факултети се справят отлично с дистанционното обучение. Вече сме разработили план за изграждане на мощен симулационен център, по подобие на тези, с които разполагат университетите в Пловдив и Варна. Този център ще бъде оборудван с фантоми за всички хирургични специалности, акушерство, инвазивна кардиология.

В момента започваме създаването на симулационен център във Факултета по дентална медицина, който ще бъде на цял един етаж. С две думи – предвидили сме да покрием цялата симулационна медицина, която съществува до момента на най-съвременно ниво, за да може и чрез модерните технологии и решения да допълним необходимостта от практически обучения.

- Имате ли други инвестиционни планове?

- В момента завършваме ремонта на една от сградите на студентските общежития. Предвиждаме в началото на учебната година сградата да бъде напълно оборудвана. Веднага след това започваме ремонта на следващото студентско общежитие – 56. блок, вход Б. Имаше още три блока, които се нуждаят от ремонт. Моята амбиция е до края на мандата ми всички да бъдат реновирани.

- На какъв етап е идеята за създаването на истински дом на университета?

- Голямата ми мечта е изграждането сградата на ректората, дългоочакваното приютяване на нашия университет в нов и модерен дом. Вече завърши проектирането му, което беше започнато от моя предшественик. Финализирахме го благополучно наскоро и в момента работим по подготвянето на поръчката за строеж. Той ще бъде в двора на Александровска болница – там има едно голямо празно пространство, предвидено за тази цел. Все още не сме започнали строителни дейности, но сме съгласували строежа с Министерство на здравеопазването и ръководството на Александровска болница.

- А освен инвестиционните намерения?

- Важна стъпка за всеки един университет е всички процеси да бъдат модернизирани и дигитализирани. Ние трябва да направим всичко възможно, за да създадем т.нар. виртуален университет. Това е важно не само заради пандемията, а и защото живеем и работим в 21-ви век и съвременната действителност изисква това.

Във връзка с идеята за виртуален университет, сме създали необходимата организация за нейното осъществяване. За около три месеца успяхме да приключим първия етап на този проект и вече събрахме цялата ни необходима информация за преминаване към следващите етапи.

- Безспорно един от най-големите проблеми, който стои пред българското здравеопазване, е изтичането на качествени кадри в чужбина. Причините са комплексни, как обаче може да се противодейства на тях на етап обучение?

- Това, което сме успели да постигнем до момента, е заплатите за преподавателите в нашия университет да са сред най-високите сред всички университети в страната. Но ми се иска да можем да създадем всички необходими условия за професионално и кариерно развитие на кадрите ни. Защото причината да си тръгват младите кадри от България не е само финансово; не по-малко важна е перспективата за професионалното им развитие.

- Това, което често чувам от завършили вече студенти, е, че нямат възможност за реална адекватна реализация в болниците тук?

- Тук е редно да разграничим две теми: Аз, като ректор, мога да допринеса за развитието предимно на младите хора, които стават преподаватели в университета, както и за създаване на предпоставки за по-нататъшното им академично развитие като преподаватели и изследователи. Относно етапа, касаещ всяка

друга професионална реализация на завършилите медици – по-резонно е въпросът да бъде зададен на министъра на здравеопазването.

- Предполагам като ректор на МУ – София имате някаква позиция...

- Мисля, че една от най-важните мерки, която трябва да бъде взета, е свързана със създаване на гарантирана система за продължаващото обучение на медиците. Ние сме все още сред малкото страни в Европа, където няма гарантирано продължаващо обучение след взимане на специалност.

В резултат на това много от колегите спират своето развитие след като вземат диплома за специалност. Нещо, което е недопустимо в съвременната медицина, която се развива с много бързи темпове. В тази връзка, трябва да има организация между университетите, професионалните дружества по специалности, Български лекарски съюз и Министерство на здравеопазването, за да се съдейства в посока гарантиране на нормално развитие за медицинската колегия във всяка една от областите на медицината, на всеки етап от професионалната им реализация след взимането на специалност.

Друга наложителна мярка е свързана с Наредбата, която касае специализациите – има много посоки, в които тя може да бъде подобрена.

- Дайте пример за това как може да се подобри.

- Мога да дам за пример френската система за специализация, която е и само един конкретен модел с много стриктни правила, който гарантира запълване на голяма част от празните места в болниците. Годишно завършват около 7 000 лекари в страната (точната цифра не е от значение), Министерството на здравеопазването обявява съответно 7 000 работни места в градове и по-малки населени места, за всички видо-

ве специалности, според нуждите на здравната система. Тези 7 хил. души се явяват на един много тежък изпит – 2 дни, общ за всички специалности. След него се класират, спрямо оценката, която са изкарали. В крайна сметка, в зависимост от изкараната оценка, дипломиралият се студент има повече или по-малко избор за започване на работа. Можеш и да не започнеш работа първата година, ако не си удовлетворен от представянето си и открилите се пред теб възможности. Имаш право да се явиш още 1 път, но ако и втората година не си доволен, държавата ще те разпредели в оставащите места, без да ти даде право на каквото и да е избор по-нататък. Има още много аспекти, върху какво да се помисли и там, разбира се – аз не твърдя, че това е идеалната система.

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

- Тази година имаше малко разместване на специалностите. Традиционно най-желани бяха вътрешни болести и хирургия. Може да се каже, че те остават предпочитани, но при хирургията се регистрира спад на желаещите. На трето място е травматология и ортопедия. За специалностите акушерство и гинекология също има доста желаещи. Моята любима неврология е на пето място. Има ръст при желаещите за инфекциозни болести покрай пандемията, което е разбираемо.

- МУ – София реши всеки докторант преди защита или асистент в конкурс за главен асистент да получава до 3000 лв. за публикация в реферирани издания. Защо решихте да стимулирате младите, инвестирали време, за да се развият в научно отношение?

- Искахме да свалим от нашите млади кадри финансовата тежест за научното им развитие, като покрием таксите, които са доста високи в някои от научните издания. Университетът изисква задължително една публикация в реферирани списания, за да се отиде на защита, ако става дума за докторант или за асистент, който иска да стане главен асистент. За съжаление, често тази такса се превръща в непосилна тежест за един млад учен и точно тази пречка искаме да премахнем.

- Като учен как оценявате развитието на медицинската наука у нас?

- Много високо. Медицината в България се развива много достойно. Това ниво на науката остава не съвсем добре огласено. На моменти ми става малко болно, когато чуя коментари или настроения от типа „добре че е спортът, за да ни дава повод за национална гордост“. Ами не е само спортът. Българската наука също ни дава много повод за гордост. Има много учени в Медицинския университет, които имат публикации, равни не на бронзов медал на европейско спортно първенство, а на

златен медал от олимпийски игри. Ние сме водещият университет по брой на публикации в това отношение. Неслучайно, тази година бяхме на първо място за България в област „Медицина“ в различни международни и наши класации. Правим наука и сме желан партньор в много европейски и световни консорциуми, имаме съвместни научно-изследователски проекти с водещи образователни и научни институции.

Директорът на научния институт, в който работих във Франция, казваше: „Ако не правиш наука в медицината, много бързо ще сваляш нивото“. Не бива да сваляме нивото и критериите. Науката не е самоцел, науката е задължителен компонент и критерий за нивото на медицината в една страна.

- Американският лекарствен регулатор одобри ново лекарство срещу болестта на Алцхаймер за първи път от близо две десетилетия. В този ред на мисли докъде стигна науката в откриването на причините за болестта?

- Новото лекарство за алцхаймер стана възможно, тъй като много напредна ранната диагностика в неврологията в тази посока. Ние в момента диагностицираме алцхаймер 10 години по-рано от преди. Това е една много коварна болест. От момента, в който един патологичен лош белтък започва да се образува в мозъка, до момента, в който възникнат първите клинични симптоми на заболяването, минават 20 години. През това време много подмолно, без особена симптоматика, лошият белтък уврежда мозъка. Ние се научихме да разпознаваме рисковите контингенти. Горд съм, че екипът, който ръководя, е част от европейския консорциум, който разработваше новите критерии за ранна диагностика. Ние нямаме нужда някой да ни обучава на новите критерии, защото сме част от екипите, които ги създаваха. Чакаме с нетърпение да видим как ще протече разрешителният режим в Европа и от там насетне ще направим всичко възможно за съкращаване на сроковете за разрешаването му в България.

- Как помага новото лекарство?

- Спира развитието, спира отлагането на лошия белтък – клетките спират да загиват. Старият белтък се изчиства от мозъка, но не възстановява загиналите клетки. В този ред на мисли, пред нас стои едно ново предизвикателство, за което също сме готови – да предложим алгоритъм за бързото възстановяване на част от функциите на мозъка, след като загубата на клетки е спряла. Важно е един човек на 70 години да остане автономен, да остане със съзнанието си, да се радва на живота, даже да е креативен и да е от полза за своите близки и обществото.

# Д-Р ГЕОРГИ ГАЛЕВ В СТРАНАТА НА НЕОГРАНИЧЕНИТЕ ВЪЗМОЖНОСТИ

*Младият медик е единственият българин, приет да специализира в Cleveland clinic, САЩ*

Той е млад, амбициозен и упорит. Не си поставя ограничения и в крайна сметка постига целите си. Това е д-р Георги Галев - единственият българин приет за специализация по патология в една от най-добрите клиники в света - Cleveland Clinic, САЩ.

Завършил е медицинското си образование в МУ - София с пълно отличие, превръщайки го в „Златен Хипократ“. Получава и държавна награда на името на дарителя д-р Андрей Георгиев.

По време на следването си д-р Галев е работил като санитар в реанимация, мед. брат в неврология, дежурен мениджър в болница и оператор в колцентър. След завършването си до април 2021 г. е специализирал патология в Аджибадем Сити Клиник Токуда, София под ръководството на д-р П. Дакова. Междувременно полага успешно американските медицински изпити (USMLE) и се явява се на интервюта за специализация в престижната Cleveland clinic, която според класацията на сп. Newsweek е втората най-добра в света.

И ако се чудите как е възможно да съчетава всичко това едновременно - тук е моментът да Ви кажем, че отскоро д-р Галев е женен, както той казва - за прекрасна млада музикантка, която му дава друг поглед към живота извън медицината.



**- Как и защо решихте да се занимавате с медицина? Какво Ви привлече към тази професия?**

- Вярвам, че повечето хора избират медицината с идеята да помагат на ближния и на човека в нужда. Това беше и моята мотивация да тръгна по този дълъг път. Вярвам още, че колкото чрез медицината мога да помогна на другите, мога да помогна и на себе си в изграждането ми като личност. Смятам, че лекарят трябва да дава личен пример за здравословен начин на живот и изобщо да живее според това, което проповядва сред пациентите. Медицината е също така предизвикателство, с което трябва да се справяш цял живот - тя не може да се превърне в нещо скучно, в рутина.

**- През 2020 г. завършвате Медицински факултет на МУ-София с наградата „Златен Хипократ“ - какво означава подобна награда?**

- През следването не съм се стремил специално към оценки или към тази награда. За мен беше важно тези 6 години в университета да преминам пълноценно, като давам всичко от себе си и се възползвам от всичко, което предлага следването по медицина. Моята цел беше, след като се дипломирам, да погледна назад и да знам, че съм се подготвял съвестно и стойностно по предмета, който изучавам. Накрая беше наистина голяма радост да получа „Златен Хипократ“ и наградата на името на д-р Андрей Георгиев. Но най-голяма е наградата да станеш истински професионалист в медицината и да можеш да помагаш на хората със своите знания и умения.

**- Защо се насочихте към патология?**

- Това, което ме привлече към патологията, е, че тя обединява фундаменталните медицински дисциплини и клиничната медицина. Патологът има уникалната роля да взема сложни диагностични решения, от които ще зависи цялото поведение на

лекуващия клиницист. Патологията е също така когнитивно предизвикателна, изисква особен вид перцепция и възможност да интегрираш клинична и параклинична информация в диагностичен контекст. Факт е, че избрах тази специалност още от първите години в университета. Никога не съм имал колебания в това отношение. Жалко е, че в масовото съзнание специалността се свързва само с починали хора и с аутопсии, но явно наша е задачата да обясним на обществото каква всъщност е ролята на патолозите за живота и за здравето.

**- Как решихте да кандидатствате за специализация в Cleveland Clinic, САЩ?**

- Процесът на кандидатстване за специализация в САЩ отнема почти една година (без да броим предходната подготовка и явяване на американски изпити) и включва подаване на документи към много учебни центрове. След като се явих на интервю в 30 клиники, трябваше да класирам в коя учебна база искам да се обучавам. Поставих Cleveland

Clinic на първо място поради международния престиж на лечебното заведение и поради възможностите, които предоставя за професионално развитие. Сред научните постижения на болницата са изолирането на серотонина, провеждането на първата коронарна ангиография и развиването на техниката на коронарен байпас. В авторския колектив на престижни медицински издания почти винаги присъстват автори от Cleveland Clinic.

**- Какво според Вас ви отличи, за да се наредите сред одобрените кандидати?**

- Изборът на кандидати зависи от множество фактори, сред които са представяне по време на следването, резултатът от изпитите за медицински лиценз в САЩ (USMLE), мотивационното писмо, препоръките, CV. Голяма роля играе и представянето на интервюта, което продължава между 4 и 6 часа и включва среща както със специалисти, така и със специализанти. Определено бяха впечатлени от отличното ми представяне в университета, както и от много

добрите ми точки на американските изпити (USMLE). Предполагам, че са усетили и неподправения ми интерес към патологията.

**- Как преминава специализацията Ви там? С какво се отличават клиниките отвъд океан в сравнение с тези в България?**

- Концепцията за патология в САЩ следва англо-саксонската традиция, а именно под „патология“ да се разбира цялата лабораторна медицина - патология (според нашето разбиране), клинична лаборатория, микробиология, вирусология, имунология, генетика, трансфузионна хематология. Всички тези дисциплини се изучават в рамките на 4 години и след това могат да бъдат практикувани от един лекар! В големите академични центрове често лекарите преминават допълнително обучение в рамките на 1 до 2 години (т. нар. fellowship) и се специализират тясно в една от тези области, но в по-малки болнични патологът отговаря за всички изброени сфери на лабораторната медицина. Излишно е да се коментират базата, апаратурата, комплексните методи, научната литература, с които разполагат патолозите в САЩ... Там определено тези клиники не са в мазетата на болниците - нито в пряк, нито в преносен смисъл.

**- Какво се надявате да Ви даде специализацията в Cleveland Clinic?**

- Вярвам, че специализацията ми там ще ме направи отличен специалист, лектор и изследовател. Отиването ми да специализирам там е основно ръководено от стремежа към високи стандарти при практикуване на лекарската професия. Не на последно място това е едно житейско изживяване и предизвикателство, защото не и приключение, което ще ме научи също на много неща

отвъд медицината.

**- Къде мислите да приложите наученото? Бихте ли се върнали да работите тук някой ден?**

- Определено искам да имам реална възможност да приложа знанията и уменията у нас. Тук имаме крещяща нужда от нововъведения и реформи, които зависят от нас - младите лекари. Те, разбира се, не трябва да се противопоставят на дългогодишния опит на утвърдени медицински специалисти, от които се учим тук.

Все още съм идеалист и искам да работя в моята родина, но нека не забравяме, че това е двустранен процес. Моето желание трябва да срещне адекватни възможности и достойни условия на труд.

**- Какво мислите, че може да се подобри в системата на здравеопазване у нас? Нужно ли е да бъдат заимствани опит и добри практики от други страни по света?**

- Една от най-смелите ми мечти е един ден лабораторната медицина в България да се обедини в една специалност, независимо как ще бъде наречена тя (макар Патология да е най-логичното наименование). Нужно ли е да се специализира всеки компонент на лабораторната медицина по 4 години? Не омаловажавам никоя специалност, но как в САЩ модулите по трансфузионна хематология и имунология са с продължителност 3-4 месеца с опция за допълнителна специализация 1 година, а у нас са отделни специалности с продължителност на обучение 4 години? Смятам, че обединяването на лабораторните медицински дисциплини е част от решението на кадровия проблем у нас.

Друга важна стъпка е централизацията на патологията в големи, академични

центрове и въвеждането на системи за дигитална патология и изкуствен интелект.

Тук е мястото да засегна вечния въпрос за заплащането на лекарите. Ще дам следния пример - заплатата на един млад лекар е по-ниска от тази на телефонист в колцентър на половин длъжност. Това го изпитах лично и го оставям без коментар.

**- Какви трудности според Вас срещат младите лекари при обучението и специализацията си у нас и зад граница?**

- У нас проблемите са свързани най-вече с липсата на реална структура на специализацията и ниското заплащане. Зад граница честно срещан проблем е прекалено дългото работно време.

**- Голяма част от младите лекари оставят назад хобитата си и дори личния си живот, в името на това да станат лекари. Остава ли Ви свободно време за себе си и какво правите през него?**

- При добра организация има време за всичко. Излизах с приятели, свирех на китара, четях книги - винаги съм намирал време за себе си и за почивка. В шести курс дори се ожених!

**- Къде се виждате след 5 години? Какво се надявате да ви се случи в личен и професионален план?**

- В личен план се надявам моето семейство да има нови членове, това ще бъде за мен и за моята съпруга най-голямата радост. А в професионален план искам да мога да практикувам професията си по начина, по който ще ме научат в една от най-добрите болници в света, да мога да приложа нови методи в България и да мога преподавам патология на колегите студенти и специализанти.

Интервюто взе:  
Милена Енчева



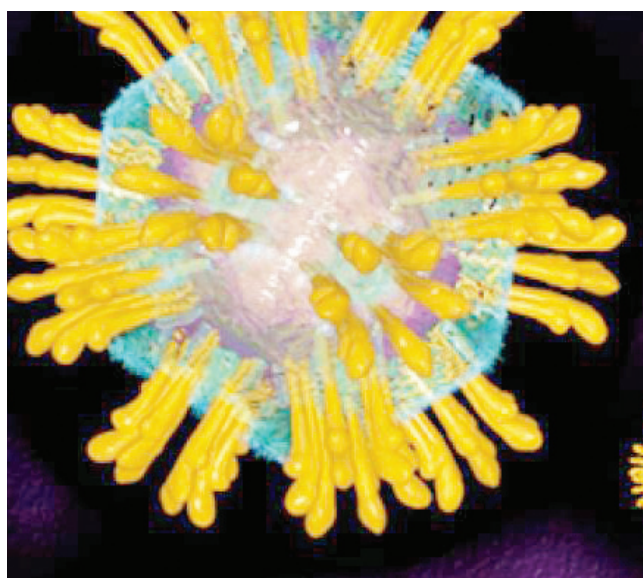
# МЕДИЦИНСКО ОБУЧЕНИЕ ЗА ЛЕКАРИ

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.

## АКЦЕНТИ НА МЕСЕЦА

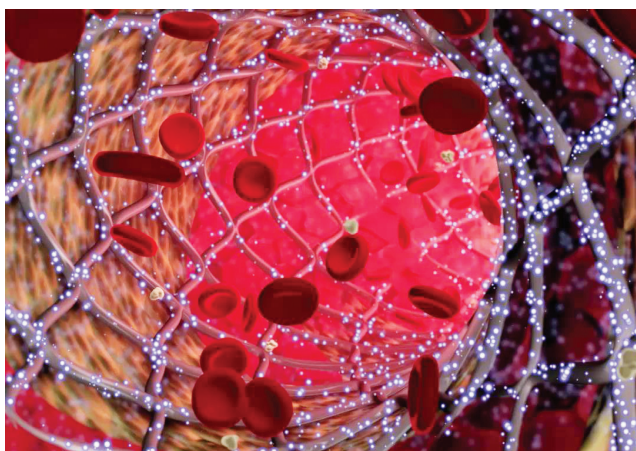
### МЕДИЦИНСКИ НОВИНИ

ГЕНЕТИЧНИ ВАРИАНТИ, СВЪРЗАНИ СЪС СЕРУМНАТА КОНЦЕНТРАЦИЯ НА АЛАТ ПРИ ИНФЕКТИРАНИ С HCV



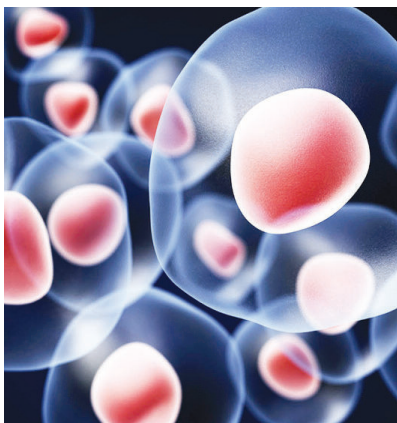
Информацията относно връзката между генетичните варианти на HCV вируса и степента на повишаване на серумната концентрация на аланин аминотрансфераза (АЛАТ) остава ограничена. Po-Chun L et al. извършват изследване с мащаб човешкия геном с цел откриване на единични нуклеотидни полиморфизми (SNPs), отговорни за концентрацията на АЛАТ в серума. Асоциираните с АЛАТ SNP са допълнително анализирани за връзка с онкогенезата на хепатоцелуларния карцином (ХЦК).

МОНОТЕРАПИЯ С АСПИРИН ИЛИ С КЛОПИДОГРЕЛ СЛЕД СТЕНТИРАНЕ НА КОРОНАРНА АРТЕРИЯ?



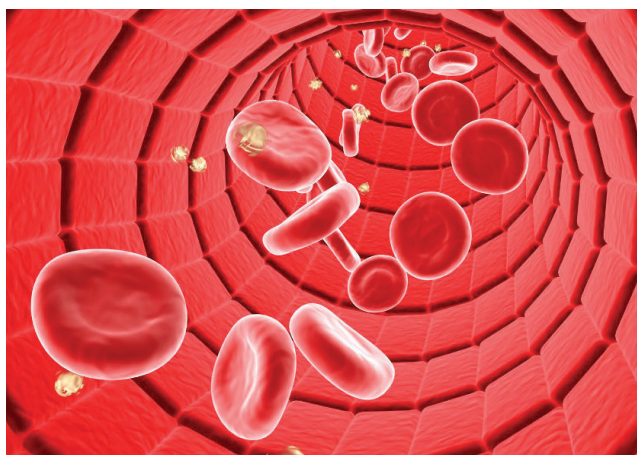
Двойната антиагрегантна терапия (ДАРТ) с аспирин и антагонист на тромбоцитния P2Y12-рецептор намалява исхемичните усложнения (включително тромбоза на стента) в първите 6-12 месеца след перкутанна коронарна интервенция (ПКИ) с поставяне на стент.

ПРИЛОЖЕНИЕ НА МЕЗЕНХИМНИ КЛЕТКИ ЗА ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ СЛЕД МОЗЪЧНО-СЪДОВ ИНЦИДЕНТ



Приложението на стволови клетки в подострата или в хроничната фаза на инсульта е обект на научен интерес с цел по-бързо възстановяване след исхемичния инцидент. Животинските модели показват, че стволовите клетки имат положителен ефект върху трофичните фактори и ангиогенезата – ЛИНК

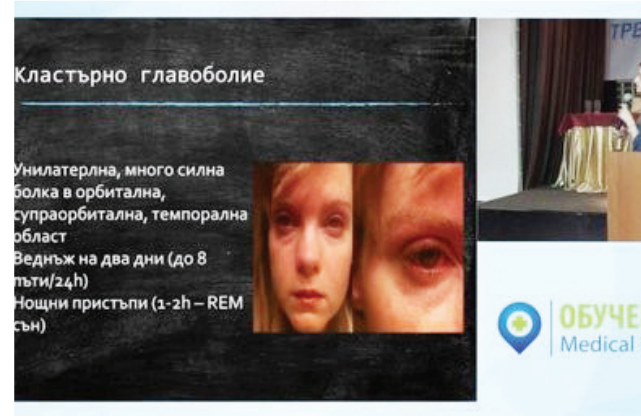
ПСЕВДОАНЕМИЯ ПРИ ЛЕЖАЩО БОЛНИ ХОСПИТАЛИЗИРАНИ ПАЦИЕНТИ



Стойностите на хемоглобина биха могли да се повлияят от промяната на позицията на тялото – да се понижат при лежачи по груб болни и да се повишат при изправен стоеж, поради изместване на плазмения обем към екстраваскуларното пространство при легнало положение.

### ВИДЕО ОБУЧИТЕЛЕН КУРС

ПЪРВИЧНИ ГЛАЗОБОЛИЯ: ТРИГЕМИНАЛНИ АВТОНОМНИ ЦЕФАЛГИИ



Този курс цели да запознае лекарите със същността, диагностиката и лечението на тригеминалните автономни цефалгии.

Д-р Веселина Грозева, д.м. е невролог в Клиника по двигателни нарушения – ІНО в МБАЛНП „Свети Наум“, София. Основните и научни интереси са в областта на двигателни нарушения, демиелинизиращи заболявания и главоболието (тригеминални автономни цефалгии).

Курсът е подходящ само за лекари, основно невролози, неврохирурги и общопрактикуващи лекари.

### УЕБИНАР

Запис на уебинар на тема „Сърдечно-съдова система и хиперсимпатикотония“ с лектор д-р Рада Проконова, началник на Кардиологично отделение към клиника по вътрешни болести в УМБАЛ „Св. Анна“.



### ОНЛАЙН СПИСАНИЕ

Научно списание „Medical News: Новости Гастроентерология“ посветено на най-актуалните проучвания в областта на храносмилателната система от последните 12 месеца.



### РЕГИСТРАЦИЯ

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

Повече информация на [www.blsbg.com](http://www.blsbg.com) и [www.medicalnews.bg](http://www.medicalnews.bg).



СЕРТИФИКАТИ ЗА ДОБРА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА (ЗА РАБОТА В ЧУЖБИНА)

НЕОБХОДИМИ СА КОПИЯ ОТ:

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

За контакти:

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

Яна Кръстева  
0899 906 655

**РЕКЛАМНИ ТАРИФИ: Направете запитване на 0899906644 и [quovadis@blsbg.com](mailto:quovadis@blsbg.com)**

**QUO VADIS**

Редакционно броят е приключен на 30. 06. 2021 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](mailto:quovadis@blsbg.com)  
Предпечат: Ан-Ди  
Експонация и печат: ИПК „Родина 2“

# Д-Р РАДИСЛАВ НАКОВ: НАД 18 000 ЛЕКАРИ СА РЕГИСТРИРАНИ ЗА е-ПМО В MEDICAL NEWS

Бр. 5/ 2021 г. на в-к „Quo vadis“ публикува информация за стартиралото партньорство между БЛС и Medical News в областта на е-ПМО (електронно продължаващо медицинско обучение). По време на пандемията К-19 това беше единственият формат, в който то можеше да се провежда. Но дори извън контекста на глобалната епидемия, е-ПМО предлага редица предимства, които го правят предпочитан формат във всички сфери на науката.

По този повод Ви срещаме с д-р Радислав Накров - управител в Medical News. Той е и в ръководството на UEG (United European Gastroenterology). Един мандат с ресор ПМО и отговорник за младите гастроентеролози, а понастоящем отговаря за промотиране на равенствата между всички гастроентеролози в Европа, с осигуряване на достатъчно активни участници от Източна Европа и подобряване на научните разработки в региона. Председател и съосновател на Асоциацията на младите хепатогastroентеролози в България и на Българското дружество по неврогастроентерология. Директор е на Европейското училище за млади гастроентеролози на UEG. През 2016 г. получава престижната награда International Scholar Award за най-добра научна разработка на млади учени до 35 години в Европа в областта на гастроентерологията. През 2017 г. е отличен с наградата на БЛС за най-добър млад лекар в България.



- Д-р Накров, Medical News стана официален партньор на БЛС в областта на е-ПМО. Разкажете ни повече за Medical News.

- Medical News е уникална по себе си платформа, защото е създадена от екип от лекари с цел да списва медицински новини и информация за лекарите в България. Много съществено е, че ние като екип пишем за това, което интересува нашите колеги. Наше основно правило е да публикуваме статии, базирани на медицинска научна информация. Така че всичко, което се чете на нашия сайт от колегите ни, да бъде достоверно и да няма фалшиви новини, които са така популярни в медицинските среди. Medical News е една платформа, която позволява на лекарите в цялата страна, въпреки забързаното си ежедневие, да бъдат непрекъснато в крак с новостите в медицинската наука, с актуалните здравни новини, които касаят тяхната практика и, разбира се, с възможностите за е-ПМО.

- Освен сайт с медицински новини, Medical News е и платформа за е-ПМО, ако съм Ви разбрал правилно?

- Точно така, да.

- А какви са предимствата на формата на ПМО в електронна среда?

- Предимствата са, че може да бъде провеждано обучение по всяко време от всяка една удобна за участника локация, стига да има интернет. Т.е. един лекар може от дома си, от работното си място, дори по време на почивка да проведе такава форма на е-ПМО и хубавото е, че тя се провежда по разнообразни начини – от това да се прочете дадена информация до по-актуалните и популярни видео файлове, когато лекарят има възможността да гледа презентация било на запис, било на живо и след това да провери знанията си и да си разпечата сертификата за това. Което дава много добри възможности, особено в последно време, в условията на пандемия, в каквито сме вече почти 2 години, защото в едни такива екстремни ситуации, за съжаление, възможностите за ПМО са ограничени и се видят, че е-ПМО е методът, благодарение на който лекарите могат да се информират и да придобиват актуални знания в помощ на своите

пациенти. Ако се замислим, благодарение на електронните форми на обучение и електронните методи на комуникация, се стигна до там, че и българските лекари да се обучат как да лекуват пациенти с COVID. Нямахме форми на живо за обучение през това време.

- Как е разположено ПМО у нас в сравнение с Европа?

- Това е много съществен въпрос. Държавите в Европа като цяло можем да кажем, че са разделени на две в това отношение. При едните ПМО е задължително и лекарите трябва да съберат определен брой точки, което е показателно за това, че те не само лекуват пациенти и извършват клинична работа, но и работят и върху своето усъвършенстване като професионалисти. И това е задължително – ако не го изпълняват, не могат да продължат да практикуват. В друга част от държавите, към която спада и България, ПМО е пожелателно, но не задължително, т.е. зависи от самия лекар дали има желание да се усъвършенства, да посещава онлайн или на живо обучение, за да бъде по-актуа-

лен и по-добър за своите пациенти. Разбира се, в първия вариант, когато обучението има задължителен характер, е по-добър както за лекаря, защото гарантира една по-добра актуалност на неговите познания, така и за пациентите, защото могат да са по-спокойни, знаейки, че техните лекари са в крак с новостите в съответната област. Когато нещо е пожелателно, още от времето на училището, ние имаме рефлексията да го пропуснем.

По мое мнение, ако ПМО стане задължително у нас, това ще доведе до повишаване на подготовката на лекарите и повишение на качеството на здравните грижи, като един от най-важните резултати, до които ще доведе това нещо, е, че ще се намали употребата на методи на лечение, за които няма научна доказателствена стойност.

- Споменахте, че там, където е задължително събирането на определен брой точки, те следва да бъдат събрани за определен период от време. Какъв е той?

- Най-често е на 3 години, но в отделните държави има разлики.

- Как организира Medical News обучението? Всеки лекар ли би могъл да намери в своята специалност ПМО?

- Да, всеки лекар, влизайки в платформата, е необходимо да се регистрира, което става бързо и лесно. Това, разбира се, е необходимо, за да е сигурно, че потребителят е лекар, защото трябва само лекари да имат достъп до такава специализирана информация. До момента има регистрирани около 18 000 лекари, което е голяма бройка, имайки предвид, че по последни данни, лекарите в България са 32 265. След регистрацията безпроблемно може да бъде намерена съответната форма на ПМО. Най-популярната сред тях са кратките обзори на важни медицински новини, публикувани в престижни медицински списания като „New England Journal of Medicine“, „Lancet“ и др., които публикуваме ежедневно. Другото, което може да бъде намерено, са обучителните видеокурсове. Те също са особено предпочитани, защото дават възможност да се разгледа точно определена тема, представена от водещ специалист в конкретната област и след края на презентацията, която е около 45 мин., следва тест и след успешното му преминаване, може да бъде разпечатан сертификат, който дава точките за ПМО. Освен това, на сайта редовно има уебинари, които станали много популярни по време на COVID пандемията. Големият плюс на уебинарите е, че там, освен че се засягат актуални теми на деня в точно определена област, има възможност за директна комуникация с лекторите – задаване на въпроси на живо, което улеснява участниците. Подчертавам това, защото директното задаване на въпроси на живо понякога води до сериозни притеснения и тревожност. Докато задаването на въпроси онлайн е доста по-облекчено.

Също така издаваме онлайн списания, които са строго научни и базирани на медицински доказателства, като всеки месец онлайн списанието ни е посветено на новостите в точно определена специалност. Например последния

месец беше посветено на новостите в педиатрията и съдържа обзор на най-важните научни статии в тази област, които са излезли в целия свят за последните 12 месеца.

- Лекторите в е-ПМО на Medical News са български специалисти или има и гости от чужбина?

- Имали сме международно участие в уебинарите, където лекторите са правили презентации на английски език. В другите форми на е-ПМО лекторите са специалисти от България. Ако трябва да съм искрен обаче, като част от лекарското съсловие, ние обичаме да слушаме лекциите на нашите авторитети в областта. Не знам дали е национална черта или е нещо типично за този регион на Европа, но съм забелязал, че когато лекция в определена специалност, да кажем кардиология, се води от български специалист, винаги има много повече интерес, отколкото, ако сме поканили дори най-известния кардиолог от Европа.

- Вероятно езиковата бариера също оказва влияние?

- Възможно е тя все още да е фактор, а може и просто да поддържа нашите си авторитети, което не е лошо.

- Има ли възможност за абонамент и известяване за предстоящите обучения?

- Ние имаме седмичен бюлетин, който всички регистрирани при нас лекари получават всяка седмица по имейл, така че да могат да организират времето си и да посетят интересувашото ги обучение.

- Какво предстои в бъдеще?

- Имаме още някои чисто технически детайли, които предстои да бъдат усъвършенствани. По този повод бих искал да кажа, че Medical News се присъедини към Български клъстер за дигитални решения и иновации в здравеопазването, с който си партнира и БЛС, и доколкото знаем, те работят за развитие на регистъра на организацията и има възможност всеки лекар да следи в профила си на сайта какви точки е натрупал. По този начин обезпечаваме сигурността и недопускане на злоупотреби.

Интервю на Георги Радев

# В ИМЕТО НА ЖИВОТА И В ИМЕТО НА ИГРАТА

Историята на д-р Иван Вълчев не попада сред тези на хората, които цял живот са мечтали да носят бяла престилка. Изборът да поеме пътя на медицината за анестезиолога е по-скоро случаен. В крайна сметка вече 26 години лекарят продължава да крепи ежедневно крехката връзка между живота и смъртта в Клиниката по анестезиология и интензивно лечение към УМБАЛ "Света Анна" – София. Друга немалка част от живота си той посвещава на неговата голяма страст – футбола.

## КАИЛ - разказ за тънката граница между живота и смъртта

"Като започнеш една работа - тя те увлича и оставаш". Така накратко д-р Вълчев описва избора си да работи в Клиниката по анестезиология и интензивно лечение към УМБАЛ "Света Анна" - София. Случайно попаднал там, тъй като през 1995 г. в отделението се отворило свободно място. Не крие, че на моменти се е чудил дали изборът му е бил правилен.

"Анестезиологията не е лека специалност. Много е тежко да гледаш как хората, попаднали в реанимация, си отиват, как близките им го преживяват. Това натоварва и затова хората бягат от подобни неща - нормално", признава той.

## В света на футбола

За свое бягство от суровата реалност, д-р Вълчев залага на страстта си - футбола. Тя се появява в живота му, още преди медицината. В ранна детска възраст той играе като вратар. По-късно обаче се насочва към друга ключова роля, ставайки съдия.

"Зад всеки съдия се крие неуспял футболист", шегува се лекарят, като пояснява, че има и добри футболисти, които след време стават съдии, но пътят на един професионален играч към съдийството бил по-труден. От друга страна нямало как човек да стане съдия без да е имал досег с футбола.

"Може би съм бил на 7-8 години като се опитвах да играя вратар в един столичен отбор и полка-лека спрях. Не може и уроци, и футбол, като нямаш никакви забележителни данни, за да си кажеш "Залагам всичко на футбола". Ама тръпката си остана. След време, като разбрах, че има курсове за съдии - изкарах ги и станах съдия", разказва докторът.

## Лекар през седмицата, футболен съдия през уикенда

Футболът и медицината са прекалено различни, признава д-р Вълчев. Съчетаването им е трудно, но не невъзможно.

"През седмицата си доктор, събота и



неделя си съдия - това те поддържа физически. Мозъкът ти се пренастройва на други честоти, което е полезно", казва той.

Този график става възможен благодарение на колегите му в болницата, които го подкрепят и разменят дежурства с него, за да може д-р Вълчев да свири на мачове.

"Като цяло е доста приятно - от една страна ти си задължен да се поддържа физически. От друга - трябва да четеш правилата на играта, които се променят непрекъснато, особено през последните години. Трябва да си в час", обяснява лекарят.

Като безспорно предимство на съдийството, д-р Вълчев изтъква възможността да контактува с различен тип хора, които също са поели по неговия път, сред които архитекти, адвокати, инженери и дори търговци.

"Това са хора от различен профил, с които като се събереш можеш да си говориш на различни теми. Да обмениш информация за техните области - това ти отваря кръгозора - да видиш какво става по света извън болницата", пояснява медикът.

Да работиш само като съдия обаче и дума не може да става на въпрос - "Ще умреш от глад" казва Вълчев. По думите му, за да успееш като рефер, е нужен, освен талант, и голяма доза късмет.

Затова и не е имало момент, в който да избира между медицината и съдийството. Имало е обаче моменти, в които е бил готов да се откаже от лекарската професия.

## Истински тежките моменти в една нелека професия

"Често съм мислил да се махна от специалността, но така и не го направих", признава д-р Вълчев като добавя, че колкото и често да се сблъскаш със смъртта в реанимация, с някои ситуации е невъзможно да свикнеш.

"Имало е доста тежки моменти. Преди години имашме една серия с дечица, които измряха от менингит -

хубави, изгледани деца. Постъпват в болницата и на другия ден умират. Реших, че не мога да го работя това и ще се махна. Ама виж толкова години минаха от тогава и още не мога да се реша на това", разказва докторът.

По думите му най-тежката част от работата му в подобни ситуации е да съобщи на близките най-тъжната новина.

"Като цяло това е най-неприятното в реанимация, че в един момент излизаш и казваш на хората, че играта свършва. Нещо, което те много трудно приемат. Особено като става дума за млад човек, когато е станала катастрофа или нещо внезапно се е случило. До вчера си е ходил по улицата и в един момент пада - нещо става. Ти трябва да излезеш и да кажеш, че това е краят", споделя лекарят.

А как медиците успяват да се абстрахират от тези моменти? Просто не се абстрахират.

"Ами не можеш да се абстрахираш. Всяко нещо го преживяваш - натоварваш. Остава ти някакъв отпечатък. Колкото и да си мислиш, че не ги преживяваш нещата - всъщност ги преживяваш", казва д-р Вълчев.

В крайна сметка той заключава - "Всеки човек, който работи една работа толкова дълго време, явно си я харесва. Мен още ми е интересно - кой как ще заспи, как ще се събуди и като дойде някой в тежко състояние - дали ще успее и как ще се възстанови - до каква степен".

## Реанимация и COVID-19

Пандемията оказва сериозен натиск върху всички медици. В реанимация обаче, ситуацията е особено утежнена.

"Това, което колегите преживяха последната година, беше уникален ужас. Непрекъснато да се обличаш с тези костюми и да гледаш как толкова хора постъпват, как ги слагаш на апарат. Как не се повлияват от апаратната вентилация, не можеш да ги вентилираш и въпреки вентилацията - загиват. Отделно за самите хора беше ужасно. Постъпва човек, който се влошава, но още е с ясно съзнание и вместо да вижда усмихнати лица или близките си, той гледа хора, облечени като кос-

## Или как футболът завладя сърцето на анестезиолога д-р Иван Вълчев

монавти вървят напред-назад".

Така накратко д-р Вълчев описва щетите, които пандемията нанася всеки ден на работещите и лежащите в реанимация. По думите му сега ситуацията изглежда доста по-благоприятна, но е рано за радост - тъй като не се знае какво ще бъде на есен.

Според лекаря пандемията се е отразила пагубно на психиката на колегите му, които, освен че са работили неуморно, са се обезверили.

"Преди човек с пневмония го слагаш на апарат и той се възстановява. Сега правиш всичко по силите и възможностите си, а той си отива. И това много тежко повлия на лекарите в психологически аспект. Този бърнаут синдром, който описват, го има всеки ден сред медицинските лица. Те са изнервени преуморени, но няма решение", казва той.

А като най-критичен момент описва този, в който болницата е била пълна и е нямало място за болните.

Въпреки трудностите, не се сърди на скептиците, които не вярват в съществуването на вируса или неговата сила. По думите му, това са късметлии, които или не са го срещали, или са го преболдували леко.

## Футболът, който остава в сърцето

На фона на всички тежки събития в живота на един лекар, футболът се явява истински отдушник. Съдийството само по себе си обаче съвсем не е лека задача. По думите на д-р Вълчев по-неблагодарна дори от лекарската професия.

По думите му израстването в съдийството е трудно и често бива съпроводено от субективни фактори, а и нашето общество било устроено така, че винаги някой трябва да му виновен за неуспех. Лекарят е категоричен, че силният характер е добро предимство, когато се сблъскаш с играчи от различни рангове или такива, за които "фейрплей" е просто едно абстрактно понятие.

"Затова толкова широк профил хора с всякакви професии тръгват да се занимават с това нещо и до върховете стигат единици. От друга страна - хубавото е, че хем си изкарваш някакви пари, хем си в спорта, срещаш хора", очертава предимствата на съдийството Вълчев.

Самият той се е срещнал с много, тъй като е свирил както на големи международни футболни срещи и евротур-



нири, така и на мачове между големи български отбори. Трудно може да определи най-интересният за него двубой, но може би тези между "Левски" и ЦСКА са му оставили най-ярки спомени.

## Страстта, без която не можем

Д-р Иван Вълчев вече не е съдия, но остава активно в играта като продължава да бъде наблюдател към Българския футболен съюз, давайки оценка за работата на съдиите.

В края на този май обаче му се налага отново да влезе в старото си ампилоа, за да бъде съдия на футболен турнир под мотото "Футбол на първа линия. Обединени срещу болестта". Срещата беше посветен на усилията на цялото българско общество в битката срещу Ковид-19 в подкрепа на българските медици. В нея участваха лекарите от УМБАЛ "Света Анна" и представители на Българския лекарски съюз, а победители станаха ортопедите от лечебно заведение.

За д-р Вълчев е било привилегия да съдийства на подобен турнир, като ще се радва в бъдеще подобни инициативи да се превърнат в традиция като се включват още отбори от други болници.

"Човек е създаден не да лежи и да седи, а да се движи. Ако се движиш редовно, това нормализира кръвно, пулс, хормони. Отделя се хормонът на щастието. Спортът е много важен, а футболът остава винаги част от живота ми. Цяла една трета от него, ако приемем, че останалите две трети посвещавам на работата и семейството - съпругата ми Михаела и двете ми дъщери - Магдалена и Лиана. Те винаги са ме подкрепяли, за което съм им голям длъжник", споделя лекарят.

## И все пак заключава:

"Колкото и голям бизнес да е футболът, това е просто игра, докато това в болницата е човешкият живот. Можеш ли да съпоставиш едното с другото? Категорично не!"

По материала работи Милена Енчева

