Академик проф. д-р Иван Миланов: Мозъкът трябва да се упражнява > 54
Как да опазим сърцето > 50 / **Кога диетата вреди > 84**
Колко надалеч ще вижда детето ми > 76

КАПИТАЛ ЗДРАВЕ
специално приложение | декември 2024

Безлимитна година

ARPharM
АСОЦИАЦИЯ НА НАУЧНОИЗСЛЕДОВАТЕЛСКИТЕ ФАРМАЦЕВТИЧНИ ПРОИЗВОДИТЕЛИ В БЪЛГАРИЯ
Съвременни решения за българския пациент

Висока температура
Главоболие
Втрисане
Болка
Възпалено гърло
Блокирани синуси
Запушен нос
Хрема

НУРОФЕН СТОПКОЛД ОБЛЕКЧАВА 8 СИМПТОМА НА НАСТИНКА И ГРИП.

Лекарствен продукт без рецепта за възрастни и деца над 12 години. Съдържа ибупрофен. Преди употреба прочетете листовката. Рег. N: A0024/30.01.2023

Надлимитно здравеопазване

Събитието на тази година за болниците в България е отмяната на лимитите, които им налагаше здравната каса за прием на пациенти и лечение на брой диагнози. Тъй като ценообразуването на клиничните пътеки, по които им плаща здравната каса, е не колкото наистина струва лечението, а колкото пари има отделени, логично в повечето болници лечението на тежко болни пациенти, което струва много повече, отколкото в клиничната пътека, се избягва. Опитите на предишните управления да изнесат извън болниците диагностиката, например скенер или ядрено-магнитен резонанс, засега са неуспешни и в болниците е пълно с множество хора, лежащи за диагностика, или леки и средно тежки случаи.

В този брой обаче по традиция ще разкажем за най-добрите лекари, за върховите операции, за много тежките случаи, за трудните диагнози и още по-трудното лечение на редица социално значими и редки заболявания. Надеждата на лекарите и техните пациенти е, че здравната каса постепенно ще спре налагането на лимити за прегледи и лечение и ще започне да се съобразява и с истинските нужди, и с пазарните цени на здравните услуги. За да могат най-новите методи, най-новите лекарства, най-добрата здравна услуга да бъдат достояние на българските пациенти.

С пожелание за светли празници и крепко здраве ви желая

Приятно четене.

Десислава Николова,
редактор „Капитал Здраве“

Управляващ редактор „Специални издания“:
Бисера Станева

Главен редактор
Десислава Николова

Автори:
Анина Сантова
Десислава Николова
Йово Николов
Кирил Кирчев
Мара Георгиева
Мила Чернева
Юлвие Изет

Фотограф:
Надежда Чипева

Корица:
Shutterstock

Предпечат:
Калина Колибарска,
Андрей Червенков

Коректор:
Тодор Кузманов,
Диляна Енчева

Реклама:
мел.: +359 2 4615 497
adsales@economedia.bg

Адрес:
София 1000, ул. „Иван Вазов“ 20
e-mail: office@capital.bg
мел.: +359 2 4615 300

Печат:
„Булвест Принт“ АД

Издател:
„Икономедиа“ АД,
София

„Икономедиа“ няма отношение към поднесената информация в публикуваните в специалните издания реклами. Отговорността за съдържанието им е изцяло на рекламодателите.

© „Икономедиа“
Всички права запазени.
Възпроизвеждането на цели или на части от текстовете става след изрично писмено разрешение на „Икономедиа“ .

Интелигентна грижа за хората с диабет

SIBIONICS

GS1 CGM система за наблюдение на глюкозата в реално време

- Без калибриране
- Водоустойчивост IPX8
- 14-дневен експлоатационен живот
- Стойност на Mard от 8,83%
- Аларма за високо/ниско ниво на глюкозата
- Предаване в реално време чрез Bluetooth
- Бележки за събития
- Доклад за амбулаторен профил на глюкозата (AGP). Изтегляне

Дистрибутор: „Наномед“ ЕООД, ул. „Ами Буе“ №18, 1606 София, **Call Center 24/7:** 0887 270 270
Поддистрибутор: „РСР“ ЕООД, ул. "Виктор Григорович" №3, 1606 София, тел.: 02 952 03 83, факс: 02 952 03 82

Toumai®

Високотехнолочина, иновативна роботизирана система, пионер в телехирургията ексклузивно дистрибутиран от „РСР“ ЕООД.

Toumai® Endoscopic Surgery Robot е първият лапароскопски хирургически робот в областта на телехирургията с над 200 операции на разстояние от 5000 км. Тази усъвършенствана роботизирана технология се отличава с наличие на 3D HD стерео визуализацация. Досега роботът за ендоскопска хирургия Toumai® е прилаган в клиники, където се извършват сложни операции, включително урология, обща хирургия, гинекология, гръдна хирургия, онкология и детска хирургия.

РСР

Дистрибутор: „РСР“ ЕООД, ул. „Виктор Григорович“ №3, ет.1, ап.1, 1606 София, тел.: 0889 20 79 70, 0887 81 19 81
www.rsr.bg

Съдържание

6
СЛУЖЕБНО БЕЗВРЕМИЕ
През последните месеци в здравния сектор не се случиха никакви по-съществени промени извън обявените обществени поръчки за милиони и назначенията на нови директори на държавни болници

9
Станимир Михайлов,
управител на НЗОК
НЕОБХОДИМ Е КОНСЕНСУС ЗА УВЕЛИЧАВАНЕ НА КОНТРОЛНИТЕ ПРАВОМОЩИЯ НА ЗДРАВНАТА КАСА

12
Д-р Николай Брънзалов,
председател на Българския лекарски съюз
КОНСТИТУЦИОННИЯТ СЪД ТРЯБВА ДА ОТМЕНИ И ЛИМИТИТЕ ЗА НАПРАВЛЕНИЯ

18
Димитър Маринов,
председател на Българския фармацевтичен съюз
ПРАВИЛАТА ВЪВ ВЕРИГАТА НА ЛЕКАРСТВОСНАБДЯВАНЕТО ТРЯБВА ДА ВАЖАТ НЕ САМО ЗА АПТЕКИТЕ

24
ДВУЦИФРЕН РЪСТ НА ФАРМАЦЕВТИЧНИЯ ПАЗАР ЗА ДЕВЕТМЕСЕЧИЕТО НА ГОДИНАТА
Основен двигател на растежа продължава да бъде болничният пазар

28
УРАГАН ОТ ЗДРАВНА ДЕЗИНФОРМАЦИЯ БУШУВА НАД СВЕТА
Алгоритъмът на социалните мрежи разпространява по-бързо непроверените или невярните данни, отколкото проверената информация

34
Доц. д-р Васил Трайков,
председател на Дружеството на кардиолозите в България, мандат 2022 – 2024
ЗА ПЪРВИ ПЪТ РАБОТИХМЕ ТЯСНО С ВЛАСТИТЕ ЗА НАЦИОНАЛНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕН ПЛАН

36
ГОЛЕМИТЕ ФАРМАЦЕВТИЧНИ КОМПАНИИ СКЛЮЧВАТ ПО-МАЛКИ СДЕЛКИ
J&J и Merck се фокусират върху цели под 5 млрд. долара

40
ИСТОРИЧЕСКИ СКОК ВЪВ ВАКСИНИТЕ СРЕЩУ РАК
Те стимулират имунната система на пациента след рак да разпознае и потенциално да унищожи останалите ракови клетки

42
ГЕНОМНИТЕ ЛЕКАРСТВА МОГАТ ДА СТРУВАТ 3 МЛН. ДОЛАРА ЗА ДОЗА. КАК ДА ГИ НАПРАВИМ ДОСТЪПНИ
Лечението е чудо на иновациите. Ценообразуването им също трябва да е изобретателно

46
Проф. д-р Кирил Карамфилов,
председател на Дружеството на кардиолозите в България
СЪРДЕЧНО-СЪДОВИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ В ГОЛЯМА СТЕПЕН ПРОТИЧАТ БЕЗСИМПТОМНО

50
КАК ДА ОПАЗИМ СЪРЦЕТО
Терапията трябва да е индивидуализирана, за да е ефективна

54
Академик проф. д-р Иван Миланов,
председател на Българското дружество по неврология
МОЗЪКЪТ ТРЯБВА ДА СЕ УПРАЖНЯВА

58
БОЛНИЧНАТА РЕФОРМА В ГЕРМАНИЯ – ДА БЪДЕ ИЛИ ДА НЕ БЪДЕ?
Промяната не е изненадваща на фона на натрупаните от години проблеми

61
Доцент д-р Петко Карагьозов,
началник на Клиниката по гастроентерология при АСК УМБАЛ „Токуда“
ДЕБЕЛОЧРЕВНИТЕ ПОЛИПИ СА ОСНОВЕН ПРЕДШЕСТВЕНИК НА РАКА

64
„ИМАШ ОЩЕ ДА ПЛАЧЕШ“: КОГАТО ДУМИТЕ В БОЛНИЦАТА ОСТАВЯТ РАНИ, КОИТО НЕ ЗАЗДРАВЯВАТ
Тексаската детска болница е предоставила на фондация „Даная“ наръчника си за комуникация между медицинските екипи, деца пациенти и техните родители

70
Проф. д-р Коста Костов,
консултант по белодробни болести
БОЛНИТЕ ИМАТ НУЖДА ОТ РЕХАБИЛИТАЦИОННИ ПРОЦЕДУРИ

72
Проф. д-р Васил Яблански,
началник на Клиниката по ортопедия и травматология на „Аджибадем Сити клиник УМБАЛ Токуда“
СМЯНАТА НА СТАВИТЕ НАЙ-ЧЕСТО Е НЕОБХОДИМА СЛЕД 65-ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

76
КОЛКО НАДАЛЕЧ ЩЕ ВИЖДА ДЕТЕТО МИ
Късогледството, или миопията, става все по-разпространен проблем при децата по света и в България

79
Д-р Светослав Димитров,
управител на Медицински център „Уни хоспитал“
НАЙ-ЧЕСТАТА ПРИЧИНА ЗА ПОЯВАТА НА РАЗШИРЕНИ ВЕНИ Е ФАМИЛНАТА ОБРЕМЕНЕНОСТ

84
КОГА ДИЕТАТА ВРЕДИ
Най-подходящата диета е балансираната

87
НАЙ-РАЗПРОСТРАНЕНАТА ПОЛОВА ИНФЕКЦИЯ ИМА РЕШЕНИЕ, НО У НАС СЕ БЯГА ОТ НЕГО
Заразяването с ЧПВ и развиване на рак на маточната шийка е напълно предотвратимо. България обаче трябва да навакса с решението

90
Проф. Бригите Шурц,
акушер-гинеколог
НЯМА РАННИ СИМПТОМИ ПРИ РАКА НА ЯЙЧНИЦИТЕ

92
Проф. д-р Деян Анакиевски,
началник на клиниката по урология в МБАЛ „Сърце и Мозък“
НЯМА ПРОФИЛАКТИКА НА РАКА НА ПРОСТАТАТА. ЗАСТРАШЕНИ СА МЪЖЕТЕ НАД 50-ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

94
ОБЩНОСТИТЕ ЗА ПРОДЪЛЖАВАЩА ГРИЖА ЗА ПЕНСИОНЕРИ ЩЕ АКУМУЛИРАТ 187 МЛРД. ДОЛАРА
Пътуване през различните етапи на стареенето

96
КЛЮЧЪТ КЪМ ДЪЛГОЛЕТИЕТО СЕ КРИЕ В ПРИРОДАТА
Световният пазар на продукти и терапии за забавяне на стареенето ще надхвърли 90 млрд. евро до 2030 г.

ОТДЕЛЕНИЕ ПО **КАРДИОХИРУРГИЯ**

УНИВЕРСИТЕТСКА БОЛНИЦА
СОФИЯМЕД

Най-новата кардиохирургична структура в София в УМБАЛ „Софиямед" има мултидисциплинарен екип, съставен от утвърдени специалисти, придобили опит във водещи клиники в страната и Европа.
Отделението е оборудвано с най-съвременна апаратура, позволяваща осъществяване на пълен обем кардиохирургична дейност – в планов и спешен порядък.

В СТРУКТУРАТА СЕ ОСЪЩЕСТВЯВА:

- **Клапно-съхраняваща хирургия на митрална клапа** (пластика на митрална клапа)
- **Клапно-съхраняваща хирургия на аорта и аортна клапа** (пластика на аортна клапа, операции по метода на David)
- **Клапно-съхраняваща хирургия на трикуспидална клапа** (пластика на трикуспидална клапа)
- **Протезиране на аортна клапа**
- **Протезиране на митрална клапа**
- **Аорто-коронарен байпас**
- **Аорто-коронарен байпас с използване на повече от една артерия** (BIMA, a. radialis)
- **Хирургично лечение на инфекциозен ендокардит**
- **Хирургично лечение на аневризми на възходящата гръдна аорта**
- **Хирургично лечение при дисекации на аортата**
- **Хирургично лечение при болести на перикарда** – перикарден излив, констриктивен перикардит
- **Хирургични корекции на вродени сърдечни малформации** при възрастни
- **Ре-операции**

Оперативните интервенции са напълно безплатни за здравноосигурените български граждани.
Отделението се състои от **Сектор – Интензивно лечение** (реанимация) с **10 легла** и **Следоперативен сектор** с **30 легла**, разпределени в стаи с 2, 3 и 4 легла.
Двете операционни зали и Секторът за интензивно лечение са оборудвани с **най-съвременна и високотехнологична апаратура** на световните лидери в областта.

Предоперативни консултации се осъществяват ежедневно и без необходимост от заплащане, след предварително записване на тел. **0895 555 795**
За повече информация: **cardiacsurgerysofiamed@bulpharma.bg**

Сканирайте с камерата на телефона си

Shutterstock

Служебно безвремие

През последните месеци в здравния сектор не се случиха никакви по-съществени промени извън обявените обществени поръчки за милиони и назначенията на нови директори на държавни болници

Десислава Николова | desislava.nikolova@capital.bg

Служебните правителства обикновено управляват периоди на безвремия, докато бъде избран редовен парламент, който да подготви законови промени, особено толкова нужни, каквито са в здравния сектор.

С изключение на пролетния проблем с правителственото гласуване за детската болница „Мама и аз“ в София и след това оттеглянето на гласовете на Министерския съвет, на пръв поглед и за чест на сегашния служебен здравен министър д-р Галя Кондева може да се каже, че нейното управление не произведе нито един шумен медиен скандал. Вероятно защото нито на политиците, нито на обществото им е до това да се вглеждат отблизо какво се случва с парите на хората в здравния сектор. Не че поводи липсваха. Напротив, министерството на практика доказа, че продължава линията на ГЕРБ и „ДПС – Ново начало“ в здравния сектор.

Същите директори на болниците

След като на предишния здравен министър проф. Христо Хинков беше изрично забранено да провежда конкурси за директори на държавни болници въпреки изтеклия им мандат, министерството проведе конкурси под ръководството на д-р Кондева.

Какъв е резултатът? Със съвсем малки изключения новите директори на най-големите държавни болници са досегашните, назначавани по време на управлението на ГЕРБ. Повечето от тях са назначени, без да им е търсена публично отговорност за влошаването на финансовото състояние на ръководените от тях лечебни заведения, като например директорите на университетските болници „Александровска“ проф. Атанас Йонков и на „Майчин дом“ проф. Иван Костов. Там пък, където смени има, те изглеждат по-приближени към управляващите — д-р Красимир Джинсов напусна Пловдив, за да оглави Националната кардиологична болница, като се има предвид, че дълги години е работил под ръководството и на сегашния подуправител на здравната каса проф. Момчил Мавров. Д-р Николай Стоилов оглави без никакъв досегашен опит университетската болница „Св. Иван Рилски“. Стоилов се смята за близък до „ДПС – Ново начало“.

Въпреки че беше споменавал, че вероятно няма да се кандидатира отново, и въпреки скандалите около управлението му и журналистическите разследвания на Валя Ахчиева за употребата на скъпи медикаменти д-р Валентин Димитров все пак оглави „Пирогов“. Поста начело на „Царица Йоанна – ИСУЛ“ запази и Любомир Пенев.

Както обикновено, на почти всички конкурси кандидатите за директор на болницата се състезават сами със себе си за поста, тъй като на всички е ясно, че изборът е предопределен.

Каква е „ползата“ от дългогодишното династично управление на държавните болници от една и съща клика начело? Ползата е, че се назначават правилните началници надолу по йерархията, купуват се правилните лекарства и апаратура, а ако нещо не върви по схемата, началниците надолу биват сменяни. Такъв е случаят например с академик Чавдар Славов и проф. Пламен Кинов, които ръководеха съответно урологията и ортопедията на ИСУЛ и са едни от най-добрите лекари в специалностите си. Те бяха уволнени, по думите на хора от колектива не заради лекарския си талант, а защото са отказвали да се купува посочената от директора апаратура, медицински изделия или пък да се приемат болни само по скъпи клинични пътеки.

Същата липса на контрол върху обществените поръчки и средства

Този маниер на нетърсене на отговорност за това какво се случва в държавните болници ескалира до разкошни върхове при сегашното управление на министерството.

Например УМБАЛ „Св. Георги“, която е най-голямата болница в България като брой легла и приходи, си обяви поръчка пиар агенция да ѝ пише пиар статии и да ги предава на определен кръг пловдивски медии срещу заплащане на стойност над половин милион лева. Спечелилата фирма е единствената явила се, но пък има дълга история с болницата. Съсобственичката ѝ е счетоводител на фирмите на проф. Момчил Мавров, подуправител на НЗОК, а освен това с главния юрист на болницата, подготвил поръчката, са съседи. Министерството на здравеопазването съобщи, че не е било питано за поръчката, която развращава медийната среда, и изобщо не предприе никакви мерки по причина, че според наредбата трябва да разрешава само покупка на апаратура и строителни работи.

Повечето директори на държавни болници са назначени, без да им е търсена отговорност за влошаването на финансовото състояние на ръководените от тях лечебни заведения.

Само че се появи и болница, която не го попита и за апаратурата. Става въпрос за „Александровска болница“, която обяви процедура за покупка на циклотрон, без да е питала министерството и без да има пари да го купи. Нищо не последва, освен че очаквано според спецификацията се яви само една фирма, а друг участник на пазара обжалва процедурата.

Държавна дискриминация

Министерството не прави никакви публични забележки на болниците, на които е принципал, вероятно защото самото то не спазва правилата за конкуренция, липса на дискриминация и публичност при собствените си, организирани от него процедури.

Такъв пример са двете поръчки на стойност 226 млн. лв. с евросредства за онкологичните центрове в България и за обзавеждането на центрове за борба с инсултите.

От самите поръчки обществото разбра, че ще има шест, а не очакваните 10 високотехнологични центъра за борба с инсултите. Дълбоката мисъл явно е, че предимно софиянци получават инсулти, защото в столицата има цели три центъра, като единият тепърва ще се създава, защото не е в болница със спешно отделение и денонощен достъп. Останалите три са разположени в Пловдив, Плевен и Варна и де факто цяла Югоизточна България и пациентите в нея са оставени на желанието на държавните и частните болници да се развиват и инвестират в иновативно лечение на инсулт със собствени средства.

Другата скандална част е, че линейните ускорители за лъчетерапия, които министерството планира да купи, са от раз- >8

личен клас и в общинските онкодиспансери моделът е по-евтин, отколкото в държавните университетски болници. Разбира се, никой не реагира на тази очаквана дискриминация върху пациентите, които няма да имат възможност да се лекуват с най-новата апаратура.

Самото министерство пък е обявило поръчките така, че да не се разбере колко точно се облъчват болните и с каква доза, защото доставката на апаратурата за измерването на радиацията е поверено на самите фирми, които ще внасят линейните ускорители, докато навсякъде по света това правят независими компании.

И като капак на всичко това са, разбира се, цените, на които държавата ще обновява апаратурата в онкоцентровете.

Дори най-евтината апаратура, която държавата ще купи, струва 5.8 млн. лв. Най-скъпата е на стойност 13.4 млн. лв. В същото време от три частни болници съобщиха за „Капитал“, че са купили апарати с подобни параметри, като на най-скъпите от 13.4 млн. лв. за 3.3 млн. лв., а от друго частно лечебно заведение са взели най-модерната конфигурация с всички възможности за облъчване, гама и кибернож за 4.320 млн. лева, или тройно по-малко от най-скъпите, които търси държавата в процедурата. По думите на директор апарат с целия възможен на световния пазар софтуер за радиохирургия и лъчелечение би струвал най-много шест милиона лева на частна болница, или толкова, колкото струват по-старата генерация и най-евтините в държавния търг.

Министерството се оправдава за избора си по най-елегантната линия — наели са външен консултант, който да ги посъветва каква точно апаратура и на каква цена да поръчат. Името му не е публично известно и така остава въпросът как точно държавата се доверява на един човек, за да я посъветва за поръчка за над 100 млн. лв., какъв планетарен специалист е това и какво работят държавните служители в министерството, които отговарят за управлението на евросредства и работата с държавни болници.

Политиката в сектора

Кратък поглед върху избора на председател на управителния съвет на Българския лекарски съюз (БЛС), показва, че политиката и политическите назначения (като директорите) по никакъв начин не са напускали сектора. Новият председател д-р Николай Брънзалов беше избран в жестока конкуренция с държавата, а не толкова със своя опонент д-р Асен Меджидиев (бивш служебен министър на здравеопазването и председател на Столичната лекарска колегия). Защо в конкуренция с държавата? Защото за д-р Меджидиев лобираха почти всички директори на държавни болници, а служители на министерството, на регионалните здравни инспекции (местните подразделения на МЗ) и на регионалните здравноосигурителни каси са били впрегнати в кампанията за избора му до степен, че са вадили лекари делегати от операционните, за да ги мотивират да изберат д-р Меджидиев.

500 хил. лв. струва на болница „Свети Георги“ – Пловдив писането на платени статии за лечебното заведение, които да се публикуват в пловдивски медии.

Лекарското съсловие демонстрира, че все още тъканта му е здрава и не се е повлияло от това брутално вмешателство в делата на съюза, като избра д-р Брънзалов с 252 на 151 гласа за д-р Меджидиев. Случилото се обаче е показателно за това, че държавните институции, от които зависи пряко работата и заплащането на лекарите, могат да бъдат използвани безогледно под безмълвния поглед на управляващите сектора и с тяхно съгласие.

Три частни болници съобщиха за „Капитал“, че са купили апарати с подобни параметри, като на най-скъпите от 13.4 млн. лв. за 3.3 млн. лв., а от друго частно лечебно заведение са взели най-модерната конфигурация с всички възможности за облъчване, гама и кибернож за 4.320 млн. лева.

Конституционният съд и неговите решения

През тази година Конституционният съд взе две ключови за здравния сектор решения.

Първото е отмяната на лимитите на прием и лечение в болница, за които плаща здравната каса, което освобождава клиниките да си търсят парите веднага, ако повече пациенти са пожелали да се лекуват в тях.

Второто е единодушното възстановяване на поста на управителя на здравната каса Станимир Михайлов.

В края на миналата година парламентът с гласовете на ГЕРБ и ДПС избра за подуправител проф. Момчил Мавров. От парламентарната трибуна ПП-ДБ обявиха, че в секретното деловодство са чели материал за него от ДАНС, и гласуваха против. След 24 часа ГЕРБ и ПП-ДБ се договориха Мавров да подаде оставка, а заедно с него това да направи и Михайлов, който нямаше никакви публични проблеми, но за да има равновесие и двете партии да търсят нови управляващи касата. Нови управляващи така и не бяха намерени, а в краткия период след разпада на сглобката ГЕРБ уволниха повечето кадри на ПП–ДБ. В случая със Станимир Михайлов това стана по следния начин. На предишния ден преди гласуването Мавров изтегля своята оставка, а след това председателят на парламента Росен Желязков вкарва точка, която да разгледа оставката на Михайлов. Михайлов оттегля оставката си, но въпреки това тя е гласувана и той — свален от поста без никакви причини.

Конституционният съд го възстанови на поста в края на годината, в която повечето средства на здравната каса за годината вече са разпределени, с формиран преразход около 300 млн. лв. и с проектобюджет, който засега показва неравномерно разпределение на средствата и отстъпление от сегашната политика да се насърчава извънболничната за сметка на болничната помощ. | К

снимка Цветелина Белутова

Профил

Станимир **Михайлов** беше управител на Националната здравноосигурителна каса от 29 юли 2023 г. до 17 април тази година, когато парламентът незаконно го уволни. Той беше възстановен на поста с единодушно решение на Конституционния съд в края на септември. Михайлов е магистър по икономика и има над 15 години стаж в банковата система. От 2002 до 2005 г. ръководи Службата по търговско-икономически въпроси към посолството на България в Лисабон, Португалия. Съучредител и член е на Българо-португалската търговска камара. Има опит и в сферата на здравното осигуряване. Бил е председател на съвета на директорите на УМБАЛ „Лозенец“.

Станимир Михайлов,
управител на Националната здравноосигурителна каса

Необходим е консенсус за увеличаване на контролните правомощия на здравната каса

Ще стигнат ли парите на НЗОК до края на тази година и какви стъпки ще предприемете, ако това не се случи?

По предварителните прогнози парите в края на тази година, така както са предвидени в бюджета, в резерва и в извънредните приходи, не достигат. До края на годината остава още време, така че не можем да се ангажираме с конкретно число. Въпреки всичко продължавам да се надявам, че извънредни приходи ще има. Поне това показват тенденциите, които наблюдаваме напоследък, и се надявам, че по-голямата част от недостига ще бъде покрита. >10

Стремежът ни е да успеем да извършим всички здравноосигурителни плащания, които са заявени и отчетени. Увеличение на средствата за здравноосигурителни плащания може да дойде от оставащите в резерва средства, които са в общ размер 23.5 млн. лв., с очакваното по предварителни данни на НАП и Министерството на финансите допълнително преизпълнение на приходите с 15.4 млн. лв. и с компенсирани промени между показателите за разходите на Националната здравноосигурителна каса, по които се реализира остатък на средства (например от очаквания остатък от средствата за издръжка на административните дейности в размер на 10 млн. лв.).

Защо се получи така и работеше ли контролът на здравната каса?

Без да искам да коментирам решението на Конституционния съд, ограниченията пред разплащането за болничната помощ отпаднаха и след него наблюдаваме рязко увеличение на отчетената дейност, която пък води след себе си до преразходи за медицински изделия, до преразходи за лекарствени продукти. За щастие, при последните две пера все пак работи механизъм, който компенсира в голяма степен преразходите, особено при лекарствата, но по отношение на другите здравноосигурителни плащания не е точно така.

Темата за контрола е много голяма. Контролът никога няма да бъде достатъчен, но ми се струва, че в много от случаите контролът беше закъснял. Всъщност най-голямото предизвикателство пред Националната здравноосигурителна каса в момента, в тази ситуация, и занапред е в много кратки срокове да се промени и да се промени към реорганизация, към по-голяма дисциплина и към повече комуникация и обратна връзка с РЗОК. Контролът трябва да се подобри и да се превърне в по-голямата му част в предварителен, а не в последващ. В противен случай здравната каса ще бъде изправена пред предизвикателството да не може да се справи с направените разходи. Така че това е голямото предизвикателство за институцията и за да се случи промяната, ние трябва да постигнем съгласието и на договорните ни партньори, да предложим и на надзорния съвет, и на министерството и парламента мерки за увеличаване на

Известно е, че най-големият преразход е в болничната помощ. Има преразход по отношение на лекарствените средства за лечение на сърдечно-съдови заболявания, което е предвидено.

правомощията на касата при прилагането на контролни механизми. Според нас са необходими промени и в Националния рамков договор, и в нормативната уредба.

Имате предвид конкретни нарушения, които сте открили, предполагам?

Много открити нарушения на договорите с касата имам предвид — индуциране на медицинска дейност, повторни хоспитализации в рамките на 30 дни, многократни хоспитализации без медицински показания и други. Започнахме работа по множество статистически разрези и в момента от тях излизат множество нарушения.

В кои регионални здравни каси са се случили те?

В най-големите, София, Пловдив и Варна, Бургас, други, защото там обемът медицинска помощ е най-голям. Но ние не проверяваме избирателно само големи лечебни заведения и в момента се фокусираме и върху по-малките областни градове и техните районни каси. Откакто съм възстановен на поста управител, извършваме проверки и в момента обобщаваме резултатите от тях, за да ги представим на надзорния съвет. Искам да отбележа, че това няма да бъде еднократен процес. Ние трябваше да се върнем назад в тази година и да проверим големи обеми дейност по отношение на пропуските, които сме констатирали. Това вече се прави. Имаме и случаи, в които сме се върнали назад в прегледа до 2018 г. Така че взели сме мерки да си потърсим неправомерно получените суми, които трябва да се възстановят. На този етап е рано да се говори как са се получили преразходите, но това ще бъде предмет на отделен анализ и съответно решения от страна на управителя и на надзорния съвет.

Ще има ли някаква персонална отговорност от вашите служители за това, което се е случило?

Вече са заведени дисциплинарни производства, дадени са указания на РЗОК, следи се дали те се изпълняват. Предстои атестацията на ръководителите на РЗОК. Когато се върнах, имаше забавени доклади или недостатъчно пълни доклади, това беше отразено в текущите им оценки. Така че ние вече започнахме вътрешно да прилагаме всички дисциплиниращи механизми, да се изразя по дипломатично. Започнах поредици от срещи с директорите на районните каси, с които обсъждаме множество въпроси най-вече по контролната дейност и си уеднаквяваме позициите. Тези срещи ще продължат на определен период, стремежът ми е да стане ежемесечно. Ще правим редовни срещи с директорите, с директорите на контролните и специализираните дирекции, за да можем да си обменяме информация, тъй като обратната връзка е изключително полезна за всички.

Казвате обратна връзка. Само че, знаете, повечето големи лечебни заведения знаят предварително кога ще дойде проверка от РЗОК и кои клиники ще проверява.

Да, знаем. Знаем, че имат и отдели „за борба с касата“. Много неща знаем. Затова казвам, че няма как да се справим и парите да стигат, ако няма консенсус между всички в здравния сектор, че трябва да се увеличат контролните правомощия на здравната каса до постигането на положителен резултат. Положителният резултат за нас е парите да отиват там, където има най-голяма нужда от тях и ефектът е най-голям. Така че ще се опитаме да пресечем изтичането на информация, да стигнем бързо до голямата картина и да гарантираме, че парите за здраве на всички българи се дават по предназначение срещу оказана конкретна здравна услуга.

Извършени са кръстосани проверки, при които от една районна каса проверяват лечебни заведения в друга. Очаквам резултатите от тези проверки, обобщени в доклад, и как точно сме се справили с опитите за неправомерно получаване на

суми от единици лечебни заведения.

Вече са готови проверките по това, че в информационната система са били въведени повече легла от реалното, че са били вписани лекари без специалност, които нямат право да практикуват в конкретни отделения, проверки имаше и по несъответствие при въвеждането на индивидуалните индикативни стойности. Когато се върнах на поста, някои от проверките бяха започнали, други — не, но ги назначих по спешност и резултатите ще бъдат представени на надзорния съвет и ще станат публично известни.

Къде са най-големите преразходи и на какво се дължат?

Известно е, че най-големият преразход е в болничната помощ. Има преразход по отношение на лекарствените средства за лечение на сърдечно-съдови заболявания, което е предвидено. Очаквам доклад на какво се дължи преразходът при медицинските изделия, назначил съм работна група. Другият преразход е по отношение на лечението на деца с нерегистрирани лекарствени продукти, което става с трансферни средства от Министерството на здравеопазването.

Говорим за над 36 милиона лева в повече, подготвили сме анализ, който предоставяме на Министерството на здравеопазването, в който ясно са посочени тенденциите, за кои лекарства става дума, включили сме справка по доставчици и усвоени суми и ще очакваме становище, за да действаме заедно.

Очакваме в първичната и специализираната извънболнична помощ да се изпълни бюджетът. Остава медико-диагностичната дейност, на която прехвърлихме 40 милиона от миналата година.

Това, че има остатък при медико-диагностичната, означава ли, че не са назначени достатъчно изследвания?

Не, разбира се, тъкмо обратното. Назначени са достатъчен брой изследвания, има увеличен брой изследвания в пакетите по клинична лаборатория, в пакетите, свързани с профилактичните и диспансерните прегледи. Очакваме да не бъдат усвоени около 13 млн. лв., а не 60, както миналата година, тенденцията е много добра. Според закона за бюджета на здравната каса неусвоените средства може да се използват за плащания само за медико-диагностична дейности при условия, определени от надзорния съвет на НЗОК и от управителния съвет на Българския лекарски съюз. НЗОК е предложила на БЛС прилагане през декември 2024 г. на авансови плащания за дейност в рамките на този остатък, което ще осигури намаляване на разходната тежест към бюджетните средства за 2025 г.

Поискахме информация от директорите на районни каси и една от причините, които те изтъкват, е, че множество пациенти получават назначения за изследвания и направления, но по някаква причина не отиват до лаборатория или до образна диагностика, за да ги извършат.

Предвид очакваното увеличение на средства в НЗОК през следващата година и предвид отпадането на лимитите, какво нарастване на средствата по отделните пера на проектобюджета ще предложите?

Очакваме като начало да ни бъде потвърдена проекторамката на бюджета и да се съобразим с реалните обеми. След всички тези анализи, които правим, защото наистина се стремим да търсим реалните причини за отклонения във всяка дейност, ще предложим разпределение. Ще има средства и за извънболничната помощ, и за профилактика, и за болнична помощ, и за лекарства, за иновативни терапии, за всичко.

Много открити нарушения на договорите с касата имам предвид – индуциране на медицинска дейност, повторни хоспитализации в рамките на 30 дни, многократни хоспитализации без медицински показания и други.

В спецификациите с медицински изделия за болнична помощ има предложения за въвеждането на редица иновации, като очакваното бюджетно въздействие е около 25 млн. лв. Общо през следващата година се очаква болниците да използват медицински изделия на стойност 257 млн. лв.

Ще продължим да финансираме иновациите в болниците с отделно перо, вярвам, че лекарският съюз ще продължи да поддържа предложението както и през тази година да бъдат изведени на отделен ред роботизираната хирургия, роботизираната рехабилитация, ендоваскуларните диагностични и лечебни процедури при инсулт и най-големите иновации в болниците. Средствата, които бяха заложени в бюджета за 2024 г., постигнаха голям интерес към иновативните процедури и най-важното — по-голям ефект и бързо възстановяване на пациентите, което, ако го погледнем и от финансова гледна точка, макар че здравето няма цена, все пак влияе положително и намалява разходите и на НЗОК, и на социалната система, защото пациентите се възстановяват бързо и се връщат на работа. Така че да, иновациите струват малко по-скъпо, но помагат за по-бързото възстановяване на хората.

Споменахте, че има преразход на средства в дирекцията за лечение в чужбина и в България с нерегистрирани лекарства и импланти. Откъде идва преразходът?

Основно от нерегистрираните лекарства. Много пъти е ставало дума, че вероятно са необходими по-силни механизми за въвеждане на прогнозируемост при предписването и разходването на тези средства, и ще предложим на надзорния съвет и на Министерството на здравеопазването стриктен анализ, както споменах. Засега мога да кажа само, че до третото тримесечие — края на септември тази година, са издадени 1769 заповеди за лечение на деца, като 1723 от тях са за одобряване на заплащане на лечение в България. За това с пари от трансфера на МЗ сме платили 57.2 млн. лв. За лечение на деца в чужбина през този период сме издали 213 заповеди за лечение, чиято прогнозна стойност е над 7 млн. лв.

Интервюто взе
Десислава Николова

снимка Надежда Чипева

Д-р Николай Брънзалов,
председател на Българския лекарски съюз

Конституционният съд трябва да отмени и лимитите за направления

Профил

Д-р Николай Брънзалов е новоизбраният председател на управителния съвет на Българския лекарски съюз (БЛС). От юни 2018 г. до септември 2024 г. в два последователни мандата д-р Брънзалов беше заместник-председател на управителния съвет на БЛС. Той е и заместник-председател на Столичната лекарска колегия и заместник-председател на Националното сдружение на общопрактикуващите лекари. Д-р Брънзалов е възпитаник на Медицинския университет в Пловдив, притежава специалности по вътрешни болести и обща медицина, завършил е и магистратура по здравен мениджмънт. Общопрактикуващ лекар е от 24 години.

Вие спечелихте председателския пост безапелационно, какво от досегашната политика на БЛС ще запазите и надградите, какво обещахте на вашите колеги при избора?

Спазване на пропорциите по всички пера в бюджета на здравната каса, като същевременно се надявам да има увеличаване на средствата. В бъдеще трябва категорично да заработи някакъв механизъм за регулация. Защото какво се получава? Получава се, че има остатъци в ПИМП и СИМП. Какво означава това? Значи, че и общопрактикуващите лекари, и колегите в специализираната извънболнична медицинска помощ не са имали достатъчно пари за изследвания, не са имали достатъчно талони и възможност да консултират своите пациенти с колегите си специалисти. При това положение е напълно естествено една голяма част от пациентите да отидат в болницата, за да могат да се прегледат, да ги диагностицират и да получат адекватна здравна грижа. Не знам защо, след като се занима с лимитите на болниците, Конституционният съд не се занимае и с тъй наречените регулативни стандарти, които не са нищо друго освен лимити. След като няма да има лимити в болниците, защо трябва да има лимити за направления в извънболничната помощ? В същото време преди 6 години, когато станах заместник-председател на Българския лекарски съюз, бюджетът за лекарствата беше 24.5% от средствата на здравната каса, а в момента е 26.5%. Нека всеки сам си направи сметката за какво нарастване става въпрос при бюджет 8 млрд. лв. Да, лекарствата имат цена. А каква е цената на труда на лекаря, къде е записано? Никъде. Значи някъде на някого му е много удобно да не се знае или да се изкривява информацията, но да растат цените за лекарства чрез бюджета на касата, докато за моите колеги не се споменава нищо, а хората остават с впечатление, че едва ли не всичко отива при лекарите. Не, не е така и числата го показват. Аз съм съгласен, че българите трябва да имат здравна грижа на възможно най-високото ниво, но трябва да се съобразим със средствата, с които разполагаме. В обществото се върти сега новата тема, че една нелекарска организация, представете си, е изготвила процедура, по която ще се извършва биомаркерно изследване. Тази тема е много дълга. Ние никога няма да се съгласим това да засяга бюджетите извън този за лекарства, за които точно се правят тези изследвания. Биомаркерите имат своето приложение, но нито една европейска страна не ги заплаща 100%, има определени критерии. Ние нямаме нищо против, ако парите, които се заделят за биомаркери, са от перото лекарства, така или иначе е достатъчно голямо и оттам нататък българските граждани да се тестват и да се лекуват със съответното лекарство. Защото в случая биомаркерите не са диагностика, а дистрибуционен метод да се продадат точно определени скъпоструващи лекарствени терапии. Зад тестовете всъщност има много по-големи суми, които фармацевтичните фирми ще получат за медикаментите, от които пациентите се нуждаят. Твърди се, че пациентите сами си заплащали биомаркерите. По моя информация диагностицираните с онкологично заболяване пациенти биват тествани незабавно с платени от фармакомпаниите продукти, за да преминат на лечението, произведено от съответната фирма.

Видяхте ли първоначалния вариант на разпределението на средствата от НЗОК за следващата година, който са предложили Министерството на финансите?

Не, не сме го видели. Прочетохме в медиите. Изпратихме писмо до НЗОК, с което бихме искали като договорен партньор да бъдем запознати с проектобюджета. Това, което сме заявили със сигурност, е, че независимо какъв е проектът, ние ще се противопоставяме на тенденцията за увеличаване на дела на лекарствата в бюджета на Националната здравноосигурителна каса и прехвърлянето на средства от едно перо в друго. Нямаме до този момент нищо черно на бяло, за да направим нашия анализ и съответно да изготвим нашите предложения за цени и обеми, и очакваме информация.

Смятате ли да разширите обхвата на фонда за финансиране на иновации, който учредихте при преговорите за предишния анекс?

Ние настоявахме за това, дори и с минимална сума. Ние ще направим нашия >14

анализ. Беше заделен 1%. Най-малкото той трябва да бъде запазен. Надявам се да се вдигне, разбира се, като стойност предвид ръста на минималната работна заплата и приходите в НЗОК и в него да бъдат включени нови иновации. Освен това ще настояваме да се запазят политиките за улесняване на достъпа на българските граждани до извънболнична и еднодневна болнична медицинска помощ. Например 90% от здравната грижа за гражданите на САЩ е точно 24-часова хоспитализация.

Вашите идеи като част от предишния екип на БЛС са в основата на увеличаването на средствата за извънболнична помощ и по-специално за акцент върху масовите заболявания – сърдечно-съдовите, диабетът и хроничната бъбречна болест. Какво трябва да се направи, за да могат колегите ви да имат по-пълна картина за тези болести и да ги лекуват по-добре?

Става дума за заболявания, които са много свързани. На повечето форуми и конференции за вътрешна медицина те се разглеждат заедно. В момента съществува хронична бъбречна недостатъчност, която се диагностицира на базата на креатининовия клирънс, а това е много старо определение. Когато говорим за хронична бъбречна недостатъчност, вече е твърде късно пациентът да бъде лекуван и да предотвратим усложненията. Моят стремеж винаги е бил да говорим повече за превенция. В случая трябва да има диспансерно наблюдение на тези пациенти в първите два стадия на бъбречната болест. Както знаете, не само високият холестерол и високата захар не болят, няма болка и при бъбречно увреждане. На пръв поглед човек е клинично здрав, а в същото време бъбрекът му страда, защото това се случва без никаква клинична изява. И ако пациент е на 60 години, има леко завишен креатинин или дори да е на горната граница, това означава, че минимум 60% от невроните на неговия бъбрек вече са загинали или силно страдат, а останалите се опитват да компенсират. Болният бъбрек може да бъде „хванат“ и лекуван още в най-ранни стадии, което да удължи живота на този толкова жизненоважен орган и съответно и живота на самия пациент в добро здраве, за да не стигат до хемодиализа. Имаме вече техника, повечето лаборатории могат да изследват креатинин и скоростта на гломерулна филтрация, която е показателят за хронично бъбречно заболяване.

Когато станах заместник-председател на Българския лекарски съюз, бюджетът за лекарствата беше 24.5% от средствата на здравната каса, а в момента е 26.5%.

Какво трябва да се направи, за да може здравната каса да покрива лечението в ранни стадии, за да не се стига до хемодиализа?

Имаме положително становище от здравната каса. Това, което трябва да се направи, е промяна в наредба 8 за профилактиката и диспансеризацията, специално за бъбречното заболяване. Тук топката е в Министерството на здравеопазването. Наистина, успяхме да се договорим със здравната каса да плаща множество профилактични изследвания за задължителните профилактични прегледи на здравноосигурените лица. Много е хубаво, че се правят изследвания, но те не са ежегодни и пациентите се учудват как едната година имат много профилактични изследвания, а на следващата година освен физикални изследвания, електрокардиограма и изследване на урина с тест-лента не им се полага нищо. Това демотивира пациентите, а в същото време здравната каса иска процент обхват на населението с профилактични прегледи. Нашето предложение е всяка година да има минимум един пакет изследвания, в които са заложени основните критерии, по които се диагностицират масови заболявания, и този пакет да включва пълна кръвна картина, креатинин, кръвна захар, урина. Сега кръвна захар може да се пуска като изследване, платено от касата, всяка година само ако пациентът влиза в рискова група за развитие на диабет. За всички останали е през пет години. Не, тя трябва да се измерва ежегодно. Вярно, общопрактикуващите лекари я мерим сами редовно, разполагаме с глюкомери. Това не е правилният вариант, трябва здравната каса да финансира ежегоден пакет с изследване на показатели, свързани с едни от най-често срещаните хронични незаразни заболявания сред населението, и това трябва да залегне в частта за профилактика на наредбата.

В парламентарната комисия по здравеопазване още в началото на годината Асоциацията на пациентите с бъбречни заболявания постави проблема за ниските нива на диагностика на хронично бъбречно заболяване и за късното поставяне на диагноза поради това, че пациентите с ХБЗ стигат твърде късно до нефролог. В хода на дискусията и в търсене на решение на проблема беше предложено диагнозата хроничното бъбречно заболяване в неговите ранни етапи да бъде диспансерна диагноза в пакета на общопрактикуващия лекар, който така или иначе проследява пациентите с най-висок риск за развитие на ХБЗ — с артериална хипертония, захарен диабет тип 2 и др.

Изследванията за част от тези заболявания се припокриват с това за хроничната бъбречна болест, при диабетиците креатинин се изследва всяка година, изследва се и при пациенти с исхемична болест на сърцето или мозъчно-съдова болест, които приемат статини. Това трябва да бъде нова диспансерна диагноза, особено за пациентите, на които двукратно им се изследва креатинин, трябва да се наблюдава и скоростта на гломерулна филтрация. Общопрактикуващите лекари са най-силни в превенцията и могат своевременно да помогнат. Това са хора с хронични заболявания, които лекуваме непрекъснато, и е нужно да добавим още едно важно изследване. Това допълнително ще облекчи бюджета на националната каса, която плаща за последиците от хроничното бъбречно заболяване. Ако имаме диабетик с хипертония, който е добре компенсиран за тези заболявания, трябва да добавим и едно динамично наблюдение на многото случаи на хронично бъбречно заболяване, това ще допринесе за много по-комплексен характер на лечението и няма да се стига до усложнения от тези заболявания. >16

Теодора Петрова,

PublicHealth&Prevention Lead, CVRM в AstraZeneca

CaReMe, или грижата, от която има нужда

ПРОФИЛ

ТЕОДОРА ПЕТРОВА е професионалист с богат опит във фармацевтичната сфера. Притежава магистърски степени по фармация и международни икономически отношения. Интересите ѝ са в областта на превенцията и ранната диагностика на социалнозначими заболявания. Вярва, че осъзнатият подход към храненето и движението е ключът към добро здраве. Извън професионалните си ангажименти, Теодора е запалена по аржентинското танго и айенгар йога - дейности, които допълват философията ѝ за баланс и хармония.

Какво е скрито в абревиатурата CaReMe?

Нашите органи са в постоянен „диалог“ и когато един от тях страда, това води и до страдание в другия. CaReMe* е концепция, която разглежда тялото ни като едно цяло. Чрез нея ние, в „AstraZeneca България“, разгръщаме холистичен подход към здравето на хората. Вниманието на нашия екип е насочено към хроничните заболявания, като сърдечно-съдови, хронично бъбречно заболяване, захарен диабет. От тях страдат близо 2 милиона българи, които имат нужда от тази грижа. За нас CaReMe е като зов, който казва „Погрижи се за мен“.

Каква е идеята зад позицията Public-Health&Prevention Lead, която заемате?

Със създаването на тази позиция искаме да насочим обществено внимание към превенцията и ранната диагностика на социалнозначимите заболявания. Фокусът ни е да подпомогнем създаването на по-добре функциониращa здравна система, в която чрез баланс между първичната и специализираната медицинска помощ се постига комплексна грижа за пациентите с хронични заболявания в целия континуум на тяхното заболяване.

Какви активности разгръщате, следвайки мисията си за превенция?

Активностите ни са насочени не само към хората, които вече боледуват, но и към тези, които са в риск да развият тези заболявания. Чрез разгръщане на образователни кампании си поставяме за цел да повишим тяхната здравна култура и да отложим или дори предотвратим болестта. Добър пример е сайтът диабет.бг, който създадохме заедно с водещи експерти в областта на ендокринологията. Сайтът съдържа изчерпателна информация за диабета, представена на език, разбираем за пациентите, и има повече от 500 000 потребители.

Част от образователните ни инициативи към обществото са и Академиите за журналисти. Темите, които представяме с помощта на експерти от различни терапевтични области, са свързани с хроничните заболявания, с това как хората да разпознаят ранните симптоми, за да потърсят лекарска помощ навреме.

Традиционна инициатива е „Часът на диабета“, която провеждаме ежегодно с медиите и представяме различни аспекти на заболяването. Тук е момента да изразя благодарност към журналистите, които по прецизен и изчерпателен начин отразяват темите и така помагат в мисията за превенция и по-добро здраве на българите.

Напоследък все повече се говори за хроничното бъбречно заболяване (ХБЗ). Кое прави ХБЗ предизвикателство за пациентите?

Парадоксално е, че ХБЗ е много разпространено (около 10% от хората страдат от това заболяване) и съвсем непознато (едва 1 от 10 души знаят, че имат ХБЗ). Хората с диабет, хипертония, сърдечни заболявания са особено уязвими. Данните сочат, че на всеки трима пациенти с диабет един има ХБЗ. Специалистите предупреждават, че заболяването е свързано с прогресивна загуба на бъбречната функция. Често се открива късно, в напредналите стадии на болестта, когато може да се наложи диализно лечение.

Познавам човек, чийто живот се промени за няколко дни пред очите ми. До вчера беше активен, пътуваше, изследваше света. И изведнъж, някак изневиделица, дойде новината „Бъбреците си отиват“. Без болка, без предупреждение. Последва диализа - 3 пъти в седмица, по 4 часа, за цял живот. И животът вече не е същият.

До какви ползи за пациентите ще доведе ранната диагностика на ХБЗ и как може да бъде постигната?

Има много хора, на които можем да помогнем. Нужни са два теста за бъбречно здраве, формула за изчисляване на важен за диагностиката показател в софтуера на лабораториите (показва скоростта, с която бъбреците филтрират кръвта), редовно наблюдение от ОПЛ на хората в риск (с диабет, с хипертония и др.) и консултация с нефролог навреме. А мерките, взети навреме, могат - да забавят хода на бъбречната увреда, да отложат или дори предотвратят диализата, да дадат време. А времето, което можем да изживеем по добър и пълноценен начин, е най-ценното, което имаме.

Какво е необходимо, за да се случат тези промени?

Следване на добрите примери, сътрудничество и политическа воля. Следване на модела за грижа на тези пациенти, описан в съвременните международни насоки за диагностика и лечение на ХБЗ. Сътрудничество между първичната и специализираната медицинска помощ, което би осигурило редовно проследяване на бъбречната функция на хората в риск, поставяне на диагноза навреме и комплексна грижа в целия ход на хроничното бъбречно заболяване.

Говорите с емоция. Защо това е важно за вас?

Помогнем ли на хората с това заболяване, ще направим нещо добро за много българи. Ще им дадем повече време за по-качествен живот. Това ни дава смисъл, на мен и на моите колеги. И искам да благодаря на всички, които помагат за каузата със сърце.

***CaReMe** - (кардио-бъбречен-метаболитен) Материалът се публикува със съдействието на „АстраЗенека България“. Има информативен характер и не е предназначен да замести консултацията с лекар.*

Всеки пациент с диабет има правото на годишно изследване на микроалбуминурия за наличие на белтък в кръвта. Според мен то трябва да бъде въведено и за всички пациенти с хипертония, за да можем навреме да откриваме и бъбречно страдание, което пък при това заболяване е много често срещано. Със скоростта на гломерулна филтрация ще можем да следим пациента до момента, в който прекрачва нормите, и с адекватна терапия ще удължим живота на бъбрека на този пациент, съответно неговия живот и здраве. Аз съм запознал здравния министър д-р Галя Кондева с нашите предложения. Доколкото знам, няма нито една институция, която да няма позитивно отношение към тях. Естествено, ще изчистим нюансите кога е задължителна и кога препоръчителна консултацията с нефролог, но е важно пациентите да имат комплексна здравна грижа, която няма да натовари финансово здравната каса. Това за мен е голяма крачка напред. Разбира се, има и технически трудности — за изследването за наличие на белтък в урината трябва да се събира урина в рамките на 24 часа и много пациенти се разколебават, но има алтернатива. Убеждавам ги да направят изследванията, защото наистина няма гаранция, че бъбрекът няма да започне да пропуска белтък при хипертония. Повишената урея също е сериозен симптом, на който трябва да обръщаме внимание. Лекарят е длъжен да се занимава с превенция, диагностика, лечение. Аз имам и много други идеи за нови диспансерни диагнози, които да предложим. Нашата работа не е да откриваме редки диагнози и болести, за това има подготвени специалисти. Нашата работа е да задържаме здравите хора по-дълго здрави, да откриваме навреме хронични заболявания, да ги лекуваме навреме с модерни методи, за да подобрим качеството на живот на пациентите. По света никой не се интересува от показателя „продължителност на живота“ сам по себе си, всички се интересуват от продължителността на живота в добро здраве, при което човек да може да старее без болести или с контролирани заболявания, да може да бъде самостоятелен и да се радва на живота. Ако намесим тук и когнитивните отклонения, ще отворим такава бездна в липсата на ранна грижа.

Много е хубаво, че се правят изследвания, но те не са ежегодни и пациентите се учудват как едната година имат много профилактични изследвания, а на следващата година освен физикални изследвания, електрокардиограма и изследване на урина с тест-лента не им се полага нищо.

Когато говорим за всички болести на зрялата възраст, личните лекари се срещаме масово с деменция. Има елементарни психоневрологични тестове, които могат да я открият 19 години по-рано. Да, всички тези нови диагнози и изследвания ще водят до допълнително натоварване, но не на касата, а на лекарите. Надявам се да имаме повече специалисти, които искат да я свършат в името на пациентите си. През последните години лекарският съюз с дружни усилия успя да направи привлекателна специалността „Обща медицина“ и в практиките на общопрактикуващите лекари вече се обучават много млади специализанти. Както гласи поговорката: „По-добре късно, отколкото никога.“ В случая наистина е късно, защото след няколко години все още ще има така силно изявен недостиг на общопрактикуващи лекари и се надявам младите хора да компенсират донякъде този дефицит. Има много какво да се желае около финансирането на професията. Не може едно ходене на маникюр да струва два пъти повече, отколкото преглед при личен лекар. Затова настояваме лекарският труд да бъде остойностен — не само в болниците, но и в извънболничната помощ. Да се изготви алгоритъм, по който да си знаем добавената стойност. Защото много често се споменават приходите на една лекарска практика, но оборотът на една фирма, каквато е практиката на ОПЛ, не означава печалба. Както знаете от проучването, което направихме в БЛС, като съсловие лекарите сме петият по големина отрасъл, който връща средства в бюджета на България. Това не трябва да се забравя и не бива да се говори за „огромни бюджети за здраве“. Защото, ако сравните сумите, които България отделя за всеки свой гражданин от обществените средства, ще видите, че българските лекари правят чудеса с изключително малко средства и не мога да кажа, че здравната грижа в България е на по-ниско ниво, отколкото в други европейски страни, и всеки лекар, отишъл на конференция и конгрес с международно участие, може спокойно да го потвърди. Като общество, когато постигнем нещо, забравяме какво е било преди време. Може би човешката психика е така настроена, но аз няма да се уморя да изтъквам приноса на нашата професия за здравето на хората и за икономиката на страната. Той е огромен.

Какви са останалите ви приоритети като председател, вие обещахте задължително продължаващо медицинско обучение, защо?

Да, бихме желали продължаващото медицинско обучение да бъде много по-достъпно, а защо не и задължително. С нас са съгласни и колегите от Българския зъболекарски съюз и Българския фармацевтичен съюз. Обществото има много по-големи изисквания към нашето съсловие, отколкото към всички останали. Всеки от нас е разбрал и приел това, и то веднага след като е завършил медицина. Просто по този начин ще докажем още веднъж на цялото общество, че ние наистина учим цял живот, в крак сме с новостите и ги прилагаме в практиката, и това може да бъде надграждано през определен период от време.

Ще приеме ли здравният министър предложението ви за остойностяване на лекарския труд?

Трябва да направя следното уточнение: ние не казваме, че така изработената методика е перфектна и трябва да се въведе от утре, казваме, че трябва спешно да започне да се работи рационално. Бавно да се бърза. Това е важен въпрос и се надявам да има своето развитие.

Интервюто взе Десислава Николова

Адв. Свилена Димитрова,
председател на Българска болнична асоциация (ББА)

Мечтаем за иновации, а се пазарим за бюджета за здраве

ПРОФИЛ

АДВ. СВИЛЕНА ДИМИТРОВА е председател на Българска болнична асоциация трети мандат. Тя е с над 24 години опит в корпоративното право и преговорите, а последните 12 години специализира и медицинско право. От 2015 до 2019 г. адв. Димитрова е заместник-председател на ББА, а през 2018 г. е председател на ЦСМ при Софийския районен съд и Софийския градски съд, член е на европейските правни мрежи ULN и GEMME.

Госпожо Димитрова, ключов момент през тази година за здравния сектор се оказа отмяната на лимитите за болнично лечение от страна на Конституционния съд. Какво следва оттук нататък?

Необходима е категорична промяна в подхода, в модела на финансиране - първо да се определят действителните нужди на сектор здравеопазване и след това да видим от какъв бюджет имаме нужда. Решението на Конституционния съд не е изненадващо от правна гледна точка. На практика се оказа, че дълги години сме били заключени в една изкуствена, фалшива конструкция, наречена лимити. Нека да сме наясно, че решението на Конституционния съд не е причината за недостига на средства в момента. Недостиг на средства в здравеопазването има от години, клиничните пътеки не са финансирани адекватно - липсва обоснованост за техните стойности, липсва реална връзка с разходите, липсва и изчисление на труда на медицинските специалисти, който пък се повишава непрекъснато заради общия ръст на разходите за труд в страната.

Как всъщност се определят разходите за здравеопазване?

Това е единственият сектор в икономиката, който не контролира сам своите приходи и не може да ги балансира спрямо разходите. В здравеопазването лекарите и лечебните заведения не са тези, които определят каква да бъде цената. Отделно от това в края на всяка бюджетна година сме свидетели на преговори между Българския лекарски съюз и Националната здравноосигурителна каса, които на практика са менажирани от Министерството на финансите и имат вид по-скоро на пазарлък, отколкото на стратегически подход за развитие на толкова важен сектор като здравеопазването. Така се оказва, че действителните нужди на лечебните заведения не могат да бъдат покрити. Какво да говорим за цели като качество, достъпност, удовлетвореност на медицинските специалисти, развитие на здравеопазването, инвестиции. Времето и светът, в който живеем, отправя нови предизвикателства и трябва да обърнем внимание и на теми като киберсигурност и изкуствен интелект. А поради липса на ресурс държавата вероятно ще вмени задължения на лечебните заведения сами да се справят с тези предизвикателства.

Има ли изход от омагьосания кръг на липса на достатъчно финансиране и неефективно управление на наличните средства за сектора?

Ще повторя, че първо трябва да се определят действителните нужди и след това да се поставят определени цели, които да постигнем. Има различни идеи - за повишаване на здравната вноска, за вкарване на допълнителни стълбове, които ще осигурят здравно застраховане - инструменти, които работят в други държави и които може би са единственото ни решение. От Българска болнична асоциация смятаме, че има още много какво да се направи по отношение на контрола - какви проверки се правят, има ли установени злоупотреби и какво следва от това. Управлението обаче е неефективно не само на бюджета. Законодателната власт остава глуха за проблемите с кадрите, пишат се стратегии, но сме в една и съща задънена улица.

Споменахте темите за киберсигурност и изкуствен интелект. Имат ли готовност лечебните заведения да посрещнат всички тези нововъведения?

Очакванията ни са за промени, които могат да доведат до допълнителни разходи за лечебните заведения. Болничният сектор е изключително чувствителен и всички вече си даваме сметка от времето на ковид, че това е един от стълбовете, които определят спокойствието и стабилността в една държава. Затова от ББА ще търсим ангажимент от страна на държавата за финансиране на всички нововъведения, които би трябвало или очакваме болниците да правят. В крайна сметка иновациите в здравеопазването ще бъдат ключови за неговата ефективност. Няма да имаме здравеопазване, за което си мечтаем, ако не инвестираме в него. Бъдещето се пише днес и промените трябва да започнат сега.

Българска болнична асоциация ще отбележи своята 10-годишнина през 2025 г. Какви цели си поставяте за следващата година?

ББА ще продължи да следва мисията си да работи за по-добра здравна система, която е достъпна за всички пациенти и отговаряща на световните стандарти. Там, където виждаме празнини, полагаме усилия да развиваме различни инициативи за дарителство заедно с болници - членове на асоциацията, и външни партньори.

снимка Надежда Чипева

Димитър Маринов,
председател на Българския фармацевтичен съюз

Правилата във веригата на лекарствоснабдяването трябва да важат не само за аптеките

Профил

Магистър-фармацевт Димитър **Маринов** е председател на Българския фармацевтичен съюз (БФС) от 18 март 2023 г. Той беше главен секретар на БФС в периода 2020 – 2023 г., притежава 10-годишен опит в аптека, от които девет години като управител, от 2015 до 2020 г. е отговорен фармацевт на търговец на едро с лекарства. От 2013 до 2019 г. е заместник-председател на УС на РФК – София – Столична. От 2013 до 2016 г. е представител от страна на БФС в работна група по промени в Наредба 4, касаеща реда и начина на предписване и отпускане на лекарствени продукти и медицински изделия. От 2009 до 2016 г. е член от страна на БФС на комисията, изготвяща типовите договори на аптеките за работа с НЗОК. От 2009 до 2013 г. е член на управителния съвет на Регионална фармацевтична колегия – София-Столична.

Помощник-фармацевтите протестират напоследък с искания за разширяване на правомощията им. Съгласни ли сте?

Те искат да извършват дейности, за които не са компетентни по сегашното законодателство. Те не са фармацевти по смисъла на закона, а медицински специалисти в професионално направление „Здравни грижи“. Те изучават нашите дисциплини, но не в пълен обем и дълбочина като съдържание, за да имат претенции да отпускат лекарства с рецепта. Само че в процеса те участват в частта „Имате ли това лекарство и колко струва?“. Това не е отпускане на лекарствен продукт и те няма как да извършват контрол и консултация по отпускането му, защото не са изучавали, както казах, съответните дисциплини в пълния обем. Ако ги изучаваха, щяха да бъдат магистър-фармацевти. Те се обучават три години, като последната половин година е практика. Ние изучаваме десет семестъра анатомия, вътрешни болести, физиология, микробиология, но това не ни дава повод да имаме претенции да бъдем лекари, да поставяме диагнози и да назначаваме терапия. Нека не бъда разбиран погрешно, нямам нищо против колегите. Но ние не сме държава, в която има дефицит на магистър-фармацевти, за да се налага да разширяваме правомощията на колеги, защото нямаме достатъчно специалисти. Ние имаме достатъчно на брой магистър-фармацевти, даже сме малко над средното на глава от населението за ЕС. Дори нашето съсловие се подмладява, средната възраст леко намалява или спада, за разлика от други медицински съсловия като медицинските сестри или лекарите. Така че няма обективни причини да бъдат разширени правомощията им. Сега ние, фармацевтите, да направим подписка, че искаме да предписваме лекарства ли? По принцип сме извадили квалификационните характеристики на различните медицински колежи, в които се обучават помощник-фармацевтите. Докато в останалите градове няма проблеми, в софийския колеж е записано, че подготвя студенти по фармация, а не по здравни грижи. Тук има грешка и колегите се опират върху нея. А също така има едно изречение, което казва, че помощникът работи под методологично ръководство на магистър-фармацевт при отпускането на лекарствени средства в аптека. Самият факт, че е написано „лекарствени средства“, показва колко е стар този документ. Няма спор, но отпускането се извършва от магистър, никъде в квалификационната им характеристика не пише, че те са готови сами да отпускат лекарствени продукти. Така че няма база, върху която да бъдат изградени други искания. Ще напишем до колежите да приведат своите правила съобразно закона. И друго, ако бъде разрешено помощник-фармацевтите да отпускат лекарства, това искане ще обслужи единствено бизнес, който има нужда от по-евтин персонал и не се интересува от качеството на услугата, стандартите и какво се случва с пациента.

Министерството на здравеопазването вече предложи нов законопроект за изменение на лекарствения закон за обществено обсъждане. Как гледате на текстовете в документа?

Законопроектът внася съществени промени по веригата на лекарствоснабдяването, прецизират се определени текстове, които касаят притежателите на разрешения за употреба и вносителите, тоест паралелните вносители на лекарствени продукти. Има предложени допълнителни изисквания, ако притежателят на разрешение за употреба очаква проблеми с доставките или наличностите на даден лекарствен продукт и не уведоми Изпълнителната агенция по лекарствата, да бъде санкциониран, защото в момента няма предвидена санкция, ако не съобщят. Другият текст в случая с очаквани проблеми с доставките е подаването на такова уведомление автоматично да означава, че този лекарствен продукт влиза в забранителния списък за износ, защото в момента тези две събития не са свързани — продуктът не влиза в забранителен списък, докато не падне под съответните проценти за изчисляване.

Няма да коментирам формулата за недостига и увеличаването от 65 на 100%. Това, което касае аптеките, е доразвиването на СЕСПА и интегрирането ѝ с НЗИС. Има текстове, които предвиждат аптеките да могат да виждат през специализираната електронна система наличностите в складовете. Това е наше дългогодишно искане, защото и към момента не всяка аптека в страната има еднакъв достъп до лекарствени продукти, съответно и нейните пациенти имат затруднения с намирането им.

Аптеките не са длъжни да разполагат с цялото портфолио по здравна каса.

Не е и нужно, ние разполагаме с лекарствени продукти от всяка група, но няма как една аптека да има абсолютно всеки лекарствен продукт, наличен в страната, защото търсенето определя предлагането. Но когато имаш търсене на даден лекарствен продукт, той е наличен в страната, но аптеките нямат достъп до него, това вече нарушава конкуренцията и правата на пациента. Съществена промяна е, че аптеките, ако имат достъп до тези данни в СЕСПА, на практика ще видят кога аптека търси даден лекарствен продукт. Тя ще може да види в кой търговец го има и съответно да го поръча и изтегли, като търговецът на едро съгласно добрата дист- >20

рибуторска практика трябва да го достави в рамките на 24 часа при заявка от аптеката.

Другото предложение в проекта е уреждането на поръчката към склада. В момента няма никаква следа как аптеката поръчва — през електронната система, чрез телефонно обаждане, по мейл. Дори Изпълнителната агенция по лекарствата да отиде и да види, че даден склад е пълен с определен лекарствен продукт, оттам просто казват, че аптеките не го търсят: „Ето, имаме, който поиска, ще го доставим.“ Само че няма как да се документира поръчката и ако има отказ на търговеца на едро. Сега аптеката ще може да прави поръчка само ако търговецът разполага с нужното количество, съответно тези заявки ще бъдат видими вече и за контролните органи и тези, които разполагат с лекарства, но откажат да ги доставят, ще си понесат санкцията.

Имаме и един спорен текст — от проекта не е ясно при какви условия министърът на здравеопазването може да включва лекарствени продукти по свое усмотрение в забранителния списък за износ. Твърде широко е записаното понятие „по изключение и по причини, свързани със защита здравето на населението“.

Да, според мен кризата със забраната за износ на инсулини беше изкуствено създадена, защото, ако нямаше инсулин в страната, на всички е ясно, че трябваше да умират пациенти по улиците. Инсулин имаше, просто не всички аптеки и не всички пациенти имаха достъп до него.

Това си беше политическа акция, защо точно с инсулините?

Това се случи преди предишните парламентарни избори. Защо с инсулините? Защото са продукт, който моментално извиква емоция, защото са животоспасяващи.

Има и един текст в законопроекта, който е неточен. Вменява се задължение на аптеката да отпуска лекарствени продукти само към населението. Само че и в момента детските ясли и детски градини, училища, определени големи фирми имат спешен шкаф с лекарствени продукти, аптечки и така нататък. В момента те си закупуват лекарства за тези спешни шкафове и аптечки от аптеките с фактура. Така записан текстът, без да се прецизира, означава, че на практика училищните кабинети, детските градини и предприятия няма откъде да закупят лекарствени продукти, защото те не могат да ги закупуват от търговците на едро. Търговците на едро нямат нито правото, нито капацитета и възможността да ги доставят до тях. Това понятие е изключително широко, но ако дойде сестрата на яслата и поиска да купи по списък температуропонижаващи, докато се чакат родителите на детето да го вземат и заведат на лекар, тя няма да може.

Медицинските центрове, които не са към болница, имат право да се снабдяват с лекарствени продукти за собствена употреба от търговците на едро. Това е текстът на закона, но търговец на едро няма как да достави примерно 2 ампули от това, 3 ампули от онова за спешния шкаф или чантата, с която лекарят ходи на домашни посещения. На лекаря през цялата година вероятно са му необходими минимални бройки ампули. Търговецът на едро може да достави кутия от 50 бройки, тъй като няма как да наруши опаковката и да достави по-малко. Обикновено на лекарите им се налага да си допълват определени продукти от най-близката до тях аптека. Ако този текст влезе във вид „до населението“, лекарите няма да могат да си закупуват лекарства от аптеките и тяхната дейност ще бъде силно затруднена.

Има изключения за лекарски практики, но това не отнема правото на лекаря, когато му се наложи, да може да го взима от аптеката. И, разбира се, има и още едно нещо — етапът с пълното проследяване на пътя на лекарствата. Търговците на едро възразяват, защото това е свързано с определени техни инвестиции и разходи, за да могат да чекнат и верифицират всяка опаковка от един кашон с лекарства.

Но това е колосален ръчен труд.

Другото предложение в проекта е уреждането на поръчката към склада. В момента няма никаква следа как аптеката поръчва — през електронната система, чрез телефонно обаждане, по мейл.

Не е задължително да е ръчен. Има системи, които могат да го правят автоматично и всички трябва да инвестират в тях и да си монтират четци, както го направихме в аптеките. Някой попита ли аптеките колко ще им струва въвеждането на верификация? Ние си купихме четци и до ден днешен инвестираме и продължаваме да инвестираме в софтуерни системи, чиято цена расте няколко пъти в годината. Системата за верификация гарантира, че пациентът гарантирано не получава фалшифициран продукт. Държавата се интересува само дали пациентът ще получи, а не какво се движи по веригата на лекарствоснабдяването. Защото в момента няма как да се докаже откъде е дошло едно лекарство с неясен произход. Нямаме против искането и желанието на държавата за контрол, но ако ще се прави такъв, той трябва да бъде по цялата верига на лекарствоснабдяването, а не само в аптеката.

В момента търговецът на едро може да каже, че не той е доставил опаковка, която в момента на отпускане в аптеката се оказва вече отпусната на друго място, а лекарственият продукт струва 20 хиляди лева.

Да приемем, че има и аптеки нарушители. Търговецът на едро е доставил нефалшифицирани опаковки, но по някаква причина те се заменят с вече отписани опаковки. Така и търговецът ще бъде защитен с данни какво точно е доставил. Това гарантира, че не просто аптеката не може да отпуска такива лекарствени продукти, но и до аптеката няма да стигат такива лекарствени продукти. Гарантира и веригата, когато една опаковка се препродава от един на друг търговец на едро, докато стигне до аптеката.

Но ако няма склад, персонал и средства за четец, какъв е този търговец на едро? В регистъра в ИАЛ са вписани над 300 търговеца на едро в България, на 10 аптеки се пада един дистрибутор.

Да, но четирите най-големи дистрибутора правят повече от 80% от доставките за болници и аптеки. С какво се препитават останалите 296, с няколко сделки за година ли?

Ние не сме против съществуването на малки и големи дистрибутори. Доколкото знам, реекспортът на лекарства все още е много доходоносен. Говорим за правила, които важат за всички и се спазват от всички.

Да, но в случая говорим, че всеки със склад в апартамент от поне 100 квадратни метра може да бъде търговец.

Понеже отворих думата за контрола. Аптеката е силно регулирано място — проверява се от агенцията по лекарствата, здравната каса, РЗИ, НАП, агенцията по храните, МВР, Икономическа полиция, Комисията за защита на потребителите. Само Държавната автомобилна инспекция и Агенцията по ядрено регулиране не извършват проверки. В същото време сме свидетели на една брутална практика в Родопите, в магазините за хранителни стоки, доставени от Турция, да се продават и лекарства тамошно производство, изложени до баклавата и галошите. За какъв контрол говорим? Подавали сме сигнали, имаше проверки, написаха актове и всичко това продължи. Ако е имало дела, не са ни викали за свидетели. Така че ние сме за контрола, той да бъде превантивен, предварителен и повсеместен, без изключения и без субективизъм. Затова разчитаме на всички дигитални инструменти и системи, защото само така може да се случи.

От 1 април тази година вече гарантирано касата заплаща само за отписани лекарствени продукти от системата за верификация, което гарантира, че те не са фалшифицирани. И още нещо важно — касата вече не може да плаща повече от веднъж за даден лекарствен продукт, каквото се случваше преди време и Валя Ахчиева разкри в разследванията си. От 1 септември се отвори възможност пациентът в рамките на срока за изпълнение на рецептата да получава своята терапия където, както и когато поиска и ако не намери всичките си предписани лекарствени продукти в една аптека, може рецептата да бъде доизпълнена в съответните срокове в друга аптека или в същата аптека, но до два дни, последващи започването на отпускането на рецептата.

Стигат ли парите на вашите членове, които получавате от НЗОК, за обработка на рецепти?

Не. Дейността на аптеките в България е най-ниско и слабо финансирана в сравнение с целия Европейски съюз. В България със сигурност работят аптеките с най-малки надбавки, надценки, с най-малки маржове. Едва от миналата година има допълнително финансиране за аптеки, които работят денонощно, единствено те извършват дадена дейност в региона или са единствени в отдалечени, труднодостъпни райони.

Аптеката е силно регулирано място — проверява се от агенцията по лекарствата, здравната каса, РЗИ, НАП, агенцията по храните, МВР, Икономическа полиция, Комисията за защита на потребителите.

И сега колегите започнаха да отварят такива аптеки и така се разшири достъпът на пациентите до лекарствени продукти и фармацевтични грижи, до фармацевти, а не до вендинг автомати.

Защо сте против тях?

Вендинг автоматите, мобилните аптеки и всякакви подобни решения без магистър-фармацевт са опасни и може би ще доведат до свръхпредписване и безконтролно отпускане, което не е в полза на пациентите. Да не говорим за по-високите разходи за населението за лекарства, защото в крайна сметка фармацевтът е последната преграда пред това какво ще пие пациентът. Може би е мечта на част от бизнеса каквото се произведе на поточната линия, това да влезе в устата на пациента, но не това е идеята.

Разрешаването на мобилните аптеки и автоматите ще доведе до това, че местните аптеки, които и сега едва издържат с това нищожно финансиране от НЗОК, да затворят.

Ако съществуват мобилни пунктове, те са напълно незаконни. Аптечните филиали са друго нещо, решение, което сме предлагали назад във времето със съответната регулация, примерно да има съкратено работно време и веднъж два пъти в седмицата да идва магистър-фармацевт.

Да, но вендинг автоматите бяха одобрени на първо четене и вероятно ще станат залог за политическо споразумение в новия парламент.

Като съюз, който представлява магистър-фармацевтите и експертите по лекарства, не може да толерираме тази акция и трябва да отворим очите и на населението, и на политиците, че последствията, ако се приеме такъв текст, ще бъдат за всички, най-вече за пациентите. Достъпът до лекарствен продукт без рецепта трябва да е наличен, но отпуснат от магистър-фармацевт със съответната отговорност, консултация и контрол. Те решават кратковременен проблем, за който трябва да се посети лекар, а не да се разчита да маскира много сериозно заболяване, чиято ранна диагностика води до много по-лесно лечение. Трябва ли, понеже някой иска да прави бизнес с вендинг, след това цялото общество да плаща лечението на голяма група от хора със скъпи терапии заради такива експерименти.

За какво ще настоявате при следващите преговори с НЗОК?

Ние не получаваме вече такса за лекарствата без протокол, а 15% от стойността на лекарството на цената на придобиване, но не повече от 25 лева. При тези с протокол имаме фиксирана сума от 6 лева на рецепта, а за продажба на диетични храни за специални медицински цели и медицински изделия аптеките не получават абсолютно нищо. Ще настояваме тези условия да се променят и да има такса заплащане за тази дейност в зависимост от крайната цена на отпускане и за тях. Говорим за стоми, уреди и ленти за измерване на кръвна захар и др. В аптеката на колегата има малък пациент, който всеки месец получава храна по каса за 2500 лева. Аптеката го купува, отпуска и започва да чака да ѝ върнат вложените пари без никакъв финансов смисъл. Това е социална дейност, която аптеките извършват от години без никаква печалба, което дезинтересира повечето аптеки да отпускат изделия и храни по здравна каса. Ще настояваме и за дигитализация, която да е в полза на медицинските специалисти и най-вече на пациента и аптеката. Какъвто контрол може да се извършва автоматично, трябва да бъде извършван още на ниво предписване при лекаря, за да не се налага да връщаме пациентите обратно и да губим времето на лекарите повторно да предписват и поправят рецепти.

Интервюто взе Десислава Николова

Д-р Алина Кулчеа,
ръководител на „Амджен“ в България и Румъния

Нашата мисия е да помагаме на възможно най-много пациенти с подкрепата на здравните специалисти

Какво се е променило в „Амджен“ от встъпването Ви в България през 2009 г. до момента?

През юли 2023 г. българската организация се обедини с румънската в новия клъстер ROBG. Първоначално адаптирането към тази нова структура беше предизвикателство - две независими организации, които изведнъж започнаха да работят заедно. Въпреки това успяхме да открием силни синергии, което значително повиши продуктивността и ефективността на организацията. Създадохме нови възможности за развитие на талантите ни и предложихме вълнуващи кариерни перспективи. С гордост споделям, че офисите на „Амджен“ в Румъния и България наскоро бяха официално сертифицирани с Great Place to Work® - признание за нашия ангажимент да насърчаваме подкрепяща и вдъхновяваща работна среда, в която всеки се чувства ценен.

Едно от нещата, които останаха непроменени, е отдадеността и страстта на българския екип - те ме вдъхновяваха от първия ден. Това е уникалният дух на „Амджен“ в България още от 2009 г.: духът на проактивност и воля за успех, който ни води и до днес. И нашата обща мисия остава същата: да помагаме на възможно най-много пациенти, с подкрепата на здравните специалисти. Тази цел не би могла да се постигне без стремежа ни да предлагаме иновативни терапии.

Спомням си, когато дарбепоетин алфа беше едно от първите лекарства, които „Амджен“ представи на българския пазар. След това постигнахме множество значими етапи, като особено впечатляващи бяха резултатите в лечението на остеопороза - заболяване, което, ако не се лекува, води до инвалидизация. С гордост можем да кажем, че продължаваме да предлагаме единственото биотехнологично лечение за остеопороза в България, помагайки на много жени да избегнат фрактури.

Друг значим успех беше първото въвеждане на терапия за фамилна хиперхолестеролемия (ФХ) в страната. Това е заболяване с висока социална тежест, което може да доведе до сериозни сърдечносъдови инциденти, ако не се лекува. През годините работихме усърдно, за да повишим осведомеността на обществото относно рисковете от ФХ.

Ние също така сме сред утвърдените лидери в областта на хематологията с иновативни терапии за мултиплен миелом и остра лимфобластна левкемия, както и в онкологията с продукти за лечение на колоректален карцином и костни метастази. Миналата година представихме първата по рода си терапия за специфична мутация KRAS G12C при недребноклетъчен рак на белия дроб. Тези акценти отразяват нашите постоянни усилия за укрепване на пазарната ни позиция чрез иновации и силни партньорства, които ни помагат по-добре да подкрепяме българската здравна система.

България и Румъния не са сред най-приятелските пазари. Това са пазари, на които Вие избирате дали да присъствате с цялото си портфолио, или с част от него, поради много тежката регулация на цените.

Абсолютно вярно е. Бих казала, че двата пазара са доста сходни и не се отличават с най-привлекателната бизнес среда. Въпреки предизвикателствата „Амджен“ се ангажира да навлезе на този пазар и да продължи да инвестира в него. Горди сме, че сме една от организациите, които избраха да останат и да бъдат надежден партньор за здравните специалисти, институциите и общността.

И двата пазара се сблъскват с бюджетни ограничения, но въпреки това фармацевтичната индустрия трябва да бъде разглеждана като стратегически партньор, предвид приноса си за здравето на хората.

Наясно ли сте с механизма, гарантиращ предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК? А според Вас какво може да замени механизма, предвид опита Ви от други страни, за да стимулира навлизането на фармацевтични компании и нови продукти на българския пазар?

И на двата пазара съществуват механизми за контрол на бюджета за лекарства. Бих искала да поздравя българските власти за значителното увеличаване на достъпа на пациентите до иновативни терапии през последните години.

Въпреки това времето за започване на лечение остава дълго - в сравнение със средното за Европа, България изостава с около 200 дни. Разбираме, че това е свързано с бюджетни ограничения, но има случаи, когато фармацевтичните компании се налага да възстановят на НЗОК суми, които надхвърлят приходите им от продажбите на лекарства. Работим активно с институциите за преодоляване на тези трудности и се надяваме на промяна в концепцията на механизма.

Снимка Надежда Чипева

Същевременно е важно да се отбележи, че компаниите трудно биха продължили да инвестират в дългосрочен план в страна, където цялото генерирано от тях увеличение на приходите може да бъде изискано обратно. В Румъния се сблъскахме с подобна ситуация преди години, но след пандемията властите осъзнаха сложността на системата за връщане на средства, тежестта за фармацевтичния сектор и риска компании да се оттеглят или да се въздържат от инвестиции. В отговор те въведоха законодателство, което ограничава приноса на фармацевтичната индустрия до фиксиран процент.

Кои са основните терапевтични области, в които се концентрирате в България, освен това, което вече споделихте?

Отбелязвам нашия принос в онкологията, хематологията, сърдечносъдовите заболявания (ССЗ) и остеопорозата, както и в разработването на биоподобни лекарства. В допълнение, се насочихме и към осигуряване на лекарства за редки неврологични заболявания. След придобиването на компанията Horizon ние ще разширим нашето портфолио с терапии за пациенти с редки заболявания.

На глобално ниво „Амджен“ инвестира значителни усилия в разработване на нови лекарствени продукти за социално значими заболявания като затлъстяването. И това е една от най-очакваните ни молекули в следващите години, която се надяваме да успеем да лансираме и на българския пазар.

Колко пациенти подкрепяте чрез вашите пациентски програми в България?

Имаме програми за подкрепа на пациенти с остеопороза. На годишна база лекуваме повече от 25 000 пациенти и сме инвестирали много в образователни кампании. Може да сте виждали наши визии и материали дори на улицата тук, в София, с информация за широката общественост за това какво означава остеопорозата, защо тя може да бъде опасна за жените и мъжете, ако не се лекува, като насърчаваме хората в риск да отидат и да се консултират със своите лекари и да направят скринингово изследване с DEXA, за рано откриване и контролиране на болестта. Създадохме и програми за подкрепа на пациентите в кардиологията, за да помогнем с административната тежест, пред която са изправени лекарите и пациентите, при подаване на документи за възстановяване на разходите за биологична терапия за фамилна дислипидемия и вторична профилактика на сърдечносъдовите инциденти.

Инвестираме в осигуряване на генетични тестове за биомаркери при пациенти с колоректален и белодробен карцином за специфични мутации, знаейки, че за съжаление, в България тези медицински дейности не се реимбурсират. Това е нещо, което може би трябва да бъде преоценено от институциите и знам, че някои важни стъпки вече са предприети от НЗОК в тази посока.

И накрая, бих искала да спомена за нашите инвестиции в клинични изпитвания. Тъй като не сме тук само за да черпим от държавния бюджет с нашите биотехнологични лекарства, но и да донесем важни инвестиции в лечението на българските пациенти, каквито са клиничните изпитвания.

Колко са българските пациенти, включени в клинични изпитвания? Колко клинични изпитвания сте извършили и се провеждат в момента?

В момента в България се провеждат 14 активни изпитвания във фаза 2 и фаза 3 в областта на имунологични и автоимунни заболявания, онкология, хематология, кардиология. Броят на българските пациенти, участващи в активни изпитвания, е близо 500. За последните 4 години, от януари 2020 г. досега, повече от 1200 български пациенти са включени в изпитвания, провеждани от „Амджен“.

ПРОФИЛ

Д-Р АЛИНА КУЛЧЕА ръководи „Амджен Румъния“ от 2018 г., а през юли миналата година пое и управлението на „Амджен България“. В рамките на последните 15 месеца тя успешно интегрира двата филиала в нов клъстерен модел. С дългогодишен опит във фармацевтичната индустрия, д-р Кулчеа носи богатство от знания и умения. Завършила медицина, тя започва своята кариера във фармацевтичния сектор веднага след дипломирането си. През последните 25 години Алина преминава през различни позиции - от медицински представител до ръководни роли в маркетинга, човешките ресурси и достъпа до пазара, като последните 10 години е на високо управленско ниво. Описва пътя си като изпълнен с успехи, предизвикателства и многобройни позитивни преживявания. Под нейно ръководство „Амджен България“ продължава да предлага иновативни лечения на българските пациенти, а през следващата година компанията с гордост ще отбележи 15 години присъствие в България.

BGR-NP-1124-80001

снимка Надежда Чипева

Двуцифрен ръст на фармацевтичния пазар за деветмесечието на годината

Основен двигател на растежа продължава да бъде болничният пазар

Десислава Николова | desislava.nikolova@capital.bg

Първите три тримесечия на годината продължават да бъдат белязани от значителен ръст на продажбите на лекарства (със и без рецепта) — 13.8% в стойност спрямо същия период на 2023 г. Така пазарът на медикаменти достига 2.26 милиарда евро продажби от търговци на едро към аптеки и болници, съобщава в анализа си за периода Лука Чичов, регионалният мениджър на световната маркетингова IQVIA за Централна и Източна Европа.

Буктящ пазар

През периода аптечният пазар или продажбите на дребно постигат ръст 9.6% в стойност, докато болничният пазар, който е много по-малък от аптечния с купени медикаменти на стойност 697.58 млн. евро, продължава да бележи солидни двуцифрени ръстове, които достигат 24.6% в стойност спрямо първите девет месеца на 2023 г.

На пазара на дребно водещата категория е тази на антикоагулантите с повече от 6.1 милиона евро ръст спрямо същия период на 2023 г. По традиция водещите пет категории лекарства в болничния канал са тези на онкологичните терапии, чиито покупки нарастват със 115.15 милиона евро.

Традиционната голяма дистрибуторска четворка

Лука Чичов коментира, че IQVIA не отбелязва големи промени в пазарните дялове на търговците на едро с лекарства през първите три тримесечия на 2024 г. Водещите четири дистрибутора — „Софарма трейдинг“, „Фьоникс Фарма“, „Стинг“ и „Фармнет“, продължават да доставят около 80% от лекарствата до аптеките и болниците в България.

„При канала за търговия на дребно този процент е още по-висок и той е над 90% от доставките, като „Стинг“ е първият водещ търговец на едро с 29.79% пазарен дял“, отбелязва Чичов.

По думите му доставките на болничния пазар се изпълняват от множество търговци на едро, като водещ дистрибутор и осно-

Лука Чичов, регионален мениджър на световната маркетингова IQVIA за Централна и Източна Европа | снимка Надежда Чипева

вен партньор на болниците през септември 2024 г. продължава да бъде „Софарма трейдинг“.

Веригите аптеки продават по-добре

В България няма сериозни промени и в броя на работещите аптеки през 2024 г., като те са повече от 3000 според данните на IQVIA.

„Ако разгледаме продажбите по сегменти на лекарствата с рецепта и без рецепта, лидери в продажбите им продължават да бъдат веригите аптеки с над 50 обекта, включени в тях, които осъществяват 41.1% от продажбите на лекарствени продукти в страната. От своя страна тези аптеки представляват 19.2% от всички действащи аптеки на пазара през 2024 г.“, отбелязва Лука Чичов.

Според анализите на IQVIA независимите аптеки (единични аптеки извън верига) формират общо 26.5% от продажбите на медикаменти по лекарско предписание и на свободна продажба. В този сегмент попадат 50.5% от аптеките като брой обекти.

Източникът на маржове

Тъй като лекарствата с рецепта и без рецепта са регулирана стока с минимални надценки, стремежът на повечето аптеки е да разполагат с продукти, чиято цена не е регулирана и им осигурява печалба. Такива продукти са козметиката, хранителните добавки, детските храни и медицинските изделия. Най-голям дял в продажбите заемат хранителните добавки. Специфичното при тях е, че никой не изследва тяхното съдържание, нито пък действие, а етикетът и листовката им се регистрират в Българската агенция по безопасност на храните, като изискването е те да нямат претенции, че лекуват. Повечето добавки регистрират високи цени, което създава впечатление у потребителите, че те имат лечебни свойства и наистина съдържат описаното на опаковката, което в част от случаите не е точно така. Добавки се произвеждат както от реномирани фармацевтични компании, така и в почти полеви условия. Доверието в народната медицина и в чудеса у потребителите обаче ги превръща в милионен пазар с непрекъснат двуцифрен ръст всяка година.

Според данните на IQVIA пазарът на хранителни добавки за деветмесечието достига продажби за 334.7 милиона евро, което представлява 13.7% ръст спрямо същия период на 2023 година. За пореден период водещата категория по продажби са пробиотиците с ръст в купените опаковки в стойност почти 3.5 милиона евро, или 12.2% нарастване на продажбите. Следват ги имуностимулантите, при които ръстът е 16.3%, а на трето място сред най-търсените добавки са продуктите за грижа за ставите, които са с продажби за над 17 милиона евро. |К

СУПЕР
ДНЕВНИК

ПОЛУЧАВАТЕ
ДОСТЪП ДО ВСИЧКО

АБОНИРАЙТЕ СЕ

На цени от 6.60 лева

Осигуряване на здраве и благополучие за всички поколения

Как Zentiva Bulgaria носи позитивна промяна в здравния сектор

Zentiva Bulgaria е част от паневропейската фармацевтична компания Zentiva, която разработва, произвежда и доставя медикаменти на над 100 милиона души. Тя има утвърдено присъствие в над 30 пазара в Европа, предлагайки генерични лекарства, които отговарят на нуждите на местните здравни системи и пациенти. С дълбоки корени в Централна и Източна Европа и директно присъствие в над 15 държави в региона, Zentiva е надежден партньор на местните здравни системи и важен фактор за подобряване качеството на живот на пациентите.

Ключов фактор на европейския пазар

Zentiva се утвърждава като лидер на пазара в Централна и Източна Европа чрез системни инвестиции в изследвания, разработки и ангажимент към социалната отговорност. Компанията активно работи за лансиране на нови терапии и подобряване на съществуващи продукти, като така не само допринася за качеството на живота на пациентите, но и се превръща в един от основните двигатели за оптимизиране на публичните ресурси в здравеопазването.

По думите на Хачо Хачикян компанията оперира основно в Европа и силните ѝ традиции на Стария континент изискват детайлно познание на индивидуалните особености на всеки пазар. *„Продуктовото присъствие варира дори на съседни пазари, за да отговорим най-добре на нуждите на съответната държава. Това ни откроява значително от по-голямата част от фармацевтичните компании“*, посочи Хачикян.

Насърчаване на таланта и ценности, които мотивират

Устойчивото развитие е в основата на бизнес стратегията на Zentiva. Компанията е член на Medicines for Europe, BusinessEurope и на Хартата на многообразието в България. У нас Zentiva развива и свои устойчиви инициативи в посока опазване на околната среда, като ангажира активно служителите в тяхното имплементиране.

В България Zentiva има уникална хибридна структура, съчетаваща както търговско представителство, така и корпоративни функции. Това позволява силна интеграция между различните екипи, които комуникират както с централата на компанията, така и с представители на местно ниво.

Динамичната интеракция и комуникация между екипите създава наистина сплотен колектив, без който успехите на компанията не биха били възможни. Именно вдъхновението на служителите ражда част от устойчивите инициативи на Zentiva в България - например каузата за подкрепа на биоразнообразието в страната. Zentiva Bulgaria вече е осиновила над 180 000 пчели и планира да инвестира в грижа за още български кошери. Инициативността на служителите се насърчава допълнително от редица вътрешни програми, награди за високи резултати и активна комуникация на положителните примери и към външни аудитории чрез дигиталните канали на компанията у нас.

Стремим се да осигуряваме достъп дори до продукти, които преди не са били налични на българския пазар под никаква форма.

Д-р Юлиан Цветанов,
директор „Търговски операции“
на Zentiva за България

Това прави компанията значим участник не само в икономическия, но и в социалния сектор, и се явява допълнителна мотивация за нашите служители. Необичайната ни за фармацевтичния бранш структура позволява на всеки служител да заема активна роля и да влияе на процесите в компанията чрез собствения си положителен пример.

Невена Кацарска,
регионален директор „Хора и организация“ на Zentiva за ЦИЕ

Zentiva активно работи с местни здравни институции и организации, за да подпомага достъпа до качествени медицински продукти и услуги и да подкрепя инициативи, насочени към общественото здраве. Партньорствата, създадени през годините, са ясен знак за доверието, което сме изградили и продължаваме да печелим - именно то е в основата на успеха ни в региона.

Хачо Хачикян,
регионален директор „Търговски операции“ на Zentiva за ЦИЕ

„Основните ценности на Zentiva - отговорност, автентичност, сътрудничество, смелост и доверие, намират изражение във всяка дейност, която реализираме. Водещата цел на Zentiva е да осигури здраве и благосъстояние за всички поколения - този стремеж към развиване на качествени продукти и осигуряване на реална грижа за пациентите ни позиционира и като водещ избор сред младите таланти в сектора“, коментира Кацарска. Zentiva Bulgaria е носител на престижния сертификат за Top Employer и е сред 18-те компании в страната, които са преминали успешно продължителния одитен процес на независимия международен институт, който присъжда отличието. Стратегията на Zentiva за привличане и управление на хора се основава на ключови принципи като развитие и обучение на служителите, многообразие и равенство, постигане на баланс с личното време на всеки служител. От специализирани обучения до менторски програми и инициативи за развиване на лидерски умения, компанията има траен ангажимент към непрекъснато подобряване на работната среда и надграждане на уменията на своите служители.

Иновации и подкрепа за българския здравен сектор

В България Zentiva заема водеща роля в предоставянето на лечения в ключови терапевтични области като кардиология, онкология, урология и гастроентерология. Компанията осигурява достъп до ефективни медикаменти за социалнозначими заболявания, сред които артериална хипертония, рак на гърдата и простатата. „В някои от подобластите сме лидери в осигуряването на лечение на пациенти със съответните заболявания. Това носи със себе си голяма отговорност, особено в случаите, когато се касае за животозастрашаващи заболявания. *Стремим се да осигуряваме достъп дори до продукти, които преди не са били налични на българския пазар под никаква форма“*, заяви д-р Юлиан Цветанов, управител на Zentiva Bulgaria. Подобен е случаят с лечение на педиатрични пациенти с остра лимфобластна левкемия с продукт, който присъства в страната именно благодарение на Zentiva.

Основната цел на компанията е да предоставя качествени и достъпни лекарства на пациентите, като в последните години гледа смело и към области, в които дотогава традиционно не е присъствала. Една от сферите, в които Zentiva се развива много динамично, обхваща продуктите без лекарско предписание и хранителните добавки. Иновативните решения на Zentiva в тази посока се базират на две основни изисквания - продуктът да подпомага решаването на значим проблем и да е преминал клинични проучвания, които да доказват резултатите от прилагането му. „Пример за това е Sideral Forte - лансирахме този продукт като отлично решение при състояния, свързани с повишени нужди на желязо. Това е често срещан проблем - особено при бременни жени, а за него не се говори достатъчно. Сукрозомната обвивка позволява лесно усвояване на желязото в организма, не предизвиква стомашно дразнене, а пациентът има свобода по отношение на приема дори когато му се налага да приема други лекарства“, обясни Цветанов. По думите му Zentiva се стреми към подобряване на ефектите от прилагането дори на утвърдени продукти, а в някои случаи успява да осигури лечение на конкретни състояния с оригинални продукти, които не са били достъпни на българския пазар. Дейността на компанията има пряко положително въздействие върху здравната система в България, осигурявайки широк достъп до медикаменти, които преди това са изисквали отделяне на големи средства от страна на здравната система или са били непосилни за доплащане от страна на пациентите. Благодарение на усилията на Zentiva в тази посока днес много повече български пациенти могат да полагат грижи за контрол на нивата на холестерола си, което е пряко свързано с намаление на сърдечно-съдовите събития. В началото на 2025 г. Zentiva ще осигури за българския пазар изцяло нов начин на лечение на пациенти с висок сърдечно-съдов риск, давайки допълнителни терапевтични възможности за контрол на холестерола. Компанията продължава да се развива и да търси нови начини за подобряване на достъпа до висококачествени и достъпни медикаменти, като допринася за ефективността на здравните ресурси в България и качеството на живот на пациентите.

Shutterstock

Ураган от здравна дезинформация бушува над света

Алгоритъмът на социалните мрежи разпространява по-бързо непроверените или невярните данни, отколкото проверената информация

Боряна Перван

„Когато седна да пиша книга, не си казвам „ще сътворя произведение на изкуството“. Пиша я, защото има някоя лъжа, която искам да разоблича, някой факт, към който искам да привлека внимание, и първоначалната ми грижа е да бъда чут.

Джордж Оруел

Живеем в ера, в която политическата подкрепа отеква далеч отвъд предизборните митинги, кампании и лозунги. Да застанеш до някого публично в днешния силно поляризиран свят означава да признаеш, че е част от твоето „племе“, че споделяте не толкова общи идеали, колкото общи врагове. В рекордната година на изборите, обхващаща над 70 държави в света, над 4 милиарда избиратели имаха право да пуснат своя глас за бъдещото управление на страната си. Въпреки че глаголът „да гласувам“ обикновено се спряга с частицата „за“, през 2024 ние сме свидетели на глобална тенденция да се гласува против. Съществена част от предизборната реторика на Тръмп бе точно такава: последователно и упорито изброяване на препятствията и хората, които са между избирателите и така желаното завръщане на великата Америка.

На 14 ноември новоизбраният президент на САЩ обяви официално и своето предложение за секретар на Министерството на здравеопазването и социалните услуги (Department of Health and Human Services Secretary). Най-високопоставената позиция в здравеопазването на Америка Тръмп иска да повери на Робърт Ф. Кенеди-младши (Robert F. Kennedy Jr.), известен конспиратор и антиваксър. Според Тръмп Кенеди ще помогне да се защитят американците от „вредни химически вещества, замърсители, пестициди, фармацевтични продукти и хранителни добавки“. Свидетели сме на изграждането, или по-скоро — на

Институционализирането на една изкривена реалност

от която ще страда световното здравеопазване. Робърт Ф. Кенеди-младши има общо 12 милиона и половина последователи в социалните мрежи. Разследване на Глобалния център за борба срещу дигиталната омраза (Global Center for Combating Digital Hate) сочи, че неговите публикации се нареждат между дузината източници в основата >30

Профил

Боряна **Перван** е директор „Стратегии и комуникации“ на World Heart Federation (Световната сърдечна федерация), чиято централа е базирана в Женева. Журналист и политолог по образование, Боряна Перван е стратег и международен лидер в областите на общественото здраве, климатичните промени, опазването на околната среда и устойчивото развитие. През последните 20 години нейната кариера е посветена на стремеж за осигуряване на по-здравословен живот в една по-здрава планета за всеки. Тя създава стратегии, променя установени наративи и води преговори с правителства, граждански общности и частния сектор, за да гарантира реално въздействие. Боряна е мотивирана от любопитство и желанието да разкрие истината, да намери практически решения и да създаде среда за сътрудничество. Преди да се присъедини към Световната сърдечна федерация като директор по стратегия и комуникации, тя ръководи глобалните екипи по комуникация и обществени отношения на две международни организации, базирани в Швейцария, с операции по целия свят. Боряна има значителен опит в какаовия сектор, където е работила за извеждането на 1 милион деца от детския труд в Западна Африка. В областта на опазването на природата тя е участвала в международните усилия за поставяне на природата в центъра на климатичните преговори и интегрирането на управлението на екосистемите в политики и практики по света. С обширен опит в секторите здравеопазване, околна среда, природозащита, климатични промени, човешки права, защита на децата, отговорност и отчетност на частния сектор, през последните пет години Боряна е посветила усилията си на международно сътрудничество в областта на сърдечно-съдовото здраве. Тя води инициативи за укрепване на глобалната общност и нейното влияние върху решения и бюджети на глобално, регионално и национално ниво в 130 държави. Сърдечно-съдовите заболявания са водеща причина за смърт в света, включително и в България, като повечето случаи могат да бъдат предотвратени с правилни политики, прилагане на знания, иновации, подходяща околна среда и начин на живот.

Shutterstock

на масовата дезинформация в Щатите по време на пандемията.

Индустрията Антиваксе

печели 36 милиона годишно според Имран Ахмед, изпълнителен директор на центъра. Приходите, които тя носи на големите платформи поради нейното разпространяващо се като вирус съдържание, са в рамките на 1 милиард, добавя той.

Според JAMA (Journal of the American Medical Association, Журнал на Американската медицинска асоциация) фалшива информация и нейното светкавично разпространение е довело до над 300 000 предотвратими смъртни случая от COVID-19.

Колонизацията на дигиталното пространство

от злонамерени, опортюнистични участници и техният успех да мобилизират големи групи на базата на омраза се вижда и извън мрежите и се настанява доста удобно в реалния свят. От възродилите се наративи, основани на омраза към жените (вж. Incels), през липсата на толерантност по отношение на религия и раса, до опасното отричане на науката, в последните няколко години ставаме свидетели на силата на онлайн движенията и тяхното офлайн въздействие.

Начинът, по който са построени алгоритмите на големите дигитални платформи като TikTok (ТикТок) и Meta (Мета), позволява на съдържание, което е

Екстремно и насочено срещу някого или нещо, да се разпространява много по-бързо

отколкото например информация за здравето.

Скорошно проучване на University College of London (Университетски колеж на Лондон) и University of Kent (Университет на Кент) открива, че за период от пет дни наблюдение има четирикратно увеличение на нивото на съдържание на омраза, предлагано от TikTok, тъй като алгоритъмът поднася все по-крайни видеоклипове, за да събере все повече кликове и коментари. Съдържанието е често фокусирано върху гнева и обвиненията, насочени към жените, а целевата публика са момчета между 13 и 18 години. Този гняв после лесно се пренася в училищния двор според изследователите.

Тъй като дигиталните платформи все повече се превръщат в

Поле за битка за фактологична достоверност

големите медийни издателства (media houses) се оказват на кръстопът. X (бивш Twitter) се превърна в център за здравна дезинформация, което накара тези дни големи медии като The Guardian и испанския La Vanguardia да се оттеглят от платформата, позовавайки се на все по-често срещана реч на омразата, различни теории на конспирацията и стремглаво разпространение на непроверени здравни твърдения.

Излизането от X отразява по-широка тенденция, при която публичните институции и уважавани медийни къщи търсят алтернативни начини за разпространение на надеждна информация. Това, което Musk нарича абсолютна свобода на словото, поражда сериозни предизвикателства пред общественото здраве, особено по време на криза, когато надеждната информация е от жизненоважно значение.

Друг привърженик на т.нар. абсолютна свобода на словото и печата е Chris Best (Крис Бест), CEO на Substack („Събстак“), една от най-влиятелните платформи за платени бюлетини, където авторите публикуват директно за своите абонати, без да спазват стандартите на редакторите в редакционните офиси. Best (Бест) твърди, че на неговата платформа авторите могат да публикуват каквото си пожелаят, дори и да е фактологически неточно и дори и да оспорва доказани исторически и научни данни. Според него не е работа на неговата платформа да решава какво е истина и какво не.

В основата на масовата консумация на непроверена, недоказана и ненаучна информация

зее като яма ерозията на доверие в някога уважавани институции, натоварени със задачата да опазват здравето ни. А когато това недоверие се разпространява толкова широко, че ражда масови движения против научния консенсус, бил той в областта на здравето или околната среда, то единственият ход, който имаме, е да се опитаме да върнем доверието.

Петра Хури, директор на отдел „Здравеопазване и грижи“ в Международната федерация на Червения кръст и Червения полумесец и бивш главен експерт по COVID-19 в Ливан, посочва: „Общественото здраве се основава на доверие. Без тази основа ефективната комуникация става почти невъзможна. Най-големите уроци, които сме научили през последното десетилетие, са, че за да се изгради доверие, е от ключово значение да се разбере как общностите възприемат дадено заболяване и необходимата реакция. Успехът на реакцията зависи от доверието: доверието между гражданите и техните правителства, местни участници и съграждани. Ако обаче нашият отговор остане статичен и не се адаптира, за да отразява променящите се опасения, въпроси и предложения на общностите, той няма да остане актуален и няма да се ползва с доверието на хората.“

В България липсата на доверие в публичните институции

е достигнала критично ниво. Неотдавнашно проучване на GLOBSEC установи, че българите са едни от най-скептичните граждани в Европа по отношение на правителствените комуникации, като само около 33% от населението изразява доверие в здравната информация от публични източници. Това недоверие има сериозни последици; всяка здравна кампания, идваща от Министерството на здравеопазването, често се възприема с подозрение, което оказва влияние върху спазването на здравните препоръки от страна на обществото.

Ниският процент на ваксиниране в България по време на пандемията COVID-19 (само 28% напълно ваксинирани до края на 2022 г.) е ярък пример за това как недоверието и дезинформацията се сливат, което води до тежки последици за общественото здраве.

Платформите на социалните медии като Facebook, Instagram и TikTok

Засилват здравната дезинформация

особено по отношение на хроничните заболявания.

Според доклад на Американската диабетна асоциация над 70% от пациентите с диабет търсят здравна информация онлайн, което ги излага на потенциално вредни „чудодейни лекарства“ и псевдонаучни диетични съвети.

Прибавете към това и лесното създаване чрез изкуствен интелект на статии и постове, които са неверни, но имат висок потенциал да привлекат множество кликове, и имате перфектната буря. През 2023 г. NewsGuard документира, че броят на генерираните от изкуствен интелект

Уебсайтове, разпространяващи подвеждаща здравна информация

е нараснал от 49 на 802 само за пет месеца. Тези уебсайтове, които често е трудно да бъдат разграничени от достоверни източници, се превръщат във все по-голямо предизвикателство за хората, които искат да намерят точна информация.

Въпреки че изкуственият интелект е обещаващ в областта на здравеопазването, той крие и рискове. Инструментите, задвижвани от изкуствен интелект, могат да създават достоверно звучащи, но напълно неверни здравни разкази, които се разпространяват бързо. Без адекватно регулиране тези инструменти могат да подкопаят усилията в областта на общественото здраве.

Излизането от X отразява по-широка тенденция, при която публичните институции и уважавани медийни къщи търсят алтернативни начини за разпространение на надеждна информация.

В отговор на това ЕС въведе инициативи в рамките на Закона за цифровите услуги, насочени към

Ангажиране на отговорността на платформите за вредно съдържание

Реакцията на България обаче е по-бавна. Възприемането на регулаторните стъпки, които ЕС прилага, може да бъде от решаващо значение за смекчаване на дезинформацията на местно ниво.

На Световния ден за борба с диабета, който се проведе на 14 ноември, темата за дезинформацията, свързана с това хронично заболяване, е особено актуална. В социалните медии все повече пациенти са изложени на опасни публикации за „чудодейни“ храни и добавки, които обещават бързи и почти магически резултати. Според последните данни на American Diabetes Association над 70% от хората с диабет търсят здравна информация онлайн, което ги прави уязвими на дезинформация. Много от тези твърдения се разпространяват в платформи като Facebook, Instagram и TikTok, където алгоритмите често популяризират сензационни твърдения пред научно подкрепени факти.

В България дезинформацията е значителен проблем, като специфичните митове за лечението на диабета и други хронични заболявания подкопават усилията на здравните институции. Според Националния център по обществено здраве и анализи диабетът и затлъстяването нарастват, като липсата на достъп до точна информация и навременно лечение води до увеличаване на усложненията от заболяването. Много хора се обръщат към социалните мрежи, за да намерят съвети за „естествени“ лечения, пренебрегвайки необходимостта от установени медицински терапии, което води до усложнения.

Въпросът, който и доктори, и учени, и учители, родители, журналисти, пациенти, консуматори, трябва да си зададем, е

Как можем да помогнем заедно за изграждането на загубено доверие

и разпространяването на информация, която е достъпна и която не отчуждава останалите, а ги кара да станат част от разговора и промяната.

Достигането до аудиторията с достоверна здравна информация изисква нещо повече от официални канали; това означава да се срещнете с хората там, където те са — в платформите на социалните медии. Доказано е, че достоверните влиятелни личности в областта на здравеопазването са успешни в борбата с дезинформацията и изграждането на доверие сред скептичната аудитория.

Например епидемиологът д-р Катрин Уолъс, известна като @epidemiologistkat в TikTok, е събрала много последователи, като развенчава здравни митове и предоставя информация, основана на доказателства, по COVID-19 и други здравни теми. Д-р Уолъс използва опита си, за да адресира директно дезинформацията и да се ангажира с аудиторията по начин, който резонира, особено с по-младите демографски групи, които често разчитат на социалните медии за информация.

По подобен начин д-р Идрис Мугал, известен като д-р Идз в TikTok, се фокусира върху

Демистифицирането на здравната дезинформация

и изясняването на объркващи здравни концепции. Неговият достъпен стил и ясни обяснения са го превърнали в доверена фигура в борбата срещу здравната дезинформация.

Платформи като TikTok, Instagram и YouTube позволяват на здравни спе- >32

циалисти като д-р Уолъс, д-р Идз и други да преодоляват пропастта между научните общности и широката общественост, като изграждат доверие в епоха, в която институционалното доверие често липсва.

Друг пример е д-р Майк Варшавски, известен в Instagram като д-р Майк, който има над 4 милиона последователи. Той използва своята платформа, за да споделя точна здравна информация и да опровергава разпространените митове за здравето. Като ангажират последователите си с достъпна и надеждна информация, инфлуенсъри като д-р Майк ефективно противодействат на подвеждащите наративи и създават безопасно пространство за дискусии за здравето. По същия начин д-р Сиобхан Дешауер, известна като Violin MD в YouTube, комбинира своя медицински опит с ангажиращо съдържание, за да предоставя образователни видеоклипове, които разглеждат с яснота сложни здравни въпроси.

Тези инфлуенсъри демонстрират потенциала на социалните медии като

Платформа за истината и достоверността

особено когато са съчетани с професионална квалификация и достъпен стил на комуникация. Привличането на подобни местни фигури в България — известни лекари, медицински сестри и учени — може да бъде мощен начин да се достигне до по-младите българи и да се противодейства директно на дезинформацията.

Първата стъпка към ефикасна и автентична комуникация с широката аудитория е да признаем, че несигурността е неразделна част от знанието, и открито да споделим съмненията си, без да се страхуваме, че ще заблудим някого или че егото ни ще пострада.

Спешната нужда от прозрачност и достоверност беше в центъра на вниманието на Световната здравна конференция в Берлин през октомври. Д-р Тедрос Аданом Гебрейесус, генерален директор на СЗО, подчерта, че доверието не може просто да се подразбира. „Лесно е да се обвиняват, отхвърлят, осмиват или обиждат тези, които вярват или разпространяват погрешна информация или дезинформация. Но трябва също така да се уверим, че когато търсим доверието на другите, ние самите заслужаваме доверие.

Първата стъпка към ефикасна и автентична комуникация с широката аудитория е да признаем, че несигурността е неразделна част от знанието.

Не можем да предполагаме или да очакваме доверие; трябва да го заслужим“, казва той.

Време е да се замислим за ролята на здравните институции, гражданското общество и влиятелните личности в здравния сектор и извън него за активното насърчаване на доверието — принцип, който е от съществено значение за здравето на българите.

В България наблюдаваме висока разпространеност на незаразни заболявания като сърдечни болести, рак и диабет. Според данни от 2022 година на Световната федерация по сърдечни заболявания страната ни има най-високата смъртност от сърдечно-съдови заболявания в Европа. Почти половината от всички смъртни случаи в България (48%) се дължат на поведенчески рискови фактори или на рискови фактори, свързани с околната среда. Българите се борят с предотвратими заболявания, които се засилват от фактори като непълноценното хранене, липсата на движение и тютюнопушенето.

Живеейки в България,

Вероятността да загубите живота си заради сърдечно-съдово заболяване е 70%

докато в Дания тя е 24%. Нито борбата с невярната информация, нито създаването на достъпна платформа за диалог между различни общности или промяна на културата и начина на комуникация, дори и възстановяване на загубеното доверие, ще решат проблема с високата смъртност и заболеваемост. Но, работейки заедно, всички тези фактори ще помогнат за изграждането на по-стабилно, информирано и критично мислещо гражданско общество, а това само по себе си е стъпка към икономически и социален напредък.

Дезинформацията, разбира се, не е само здравен проблем, но и

Глобална заплаха за сигурността

В доклада на Световния икономически форум за глобалните рискове за 2023 г. над 1400 експерти я класират като водещ риск за следващите две години, изпреварвайки дори климатичните изменения и инфлацията. Според проучване на Pew Research Center 51% от хората вярват, че качеството на информацията ще се влоши в следващите десетилетия.

Един от ключовите елементи в борбата с дезинформацията е изграждането на критично мислене и доверие към здравната система. В световен план здравните експерти подчертават, че необходимостта от доверие и прозрачност в медицинските институции е нарастваща. За България това означава повече инвестиции в образованието и насърчаване на младите хора да изградят научно мислене, което да ги предпази от капана на дезинформацията.

С нарастващата роля на изкуствения интелект

при разпространението на здравна информация някои анализатори предупреждават за нуждата от ясни и етични рамки за неговото използване. Съществуват инструменти и платформи, които се опитват да филтрират дезинформацията и да дадат предимство на надеждни източници. Те включват AI-based проекти за подобряване на откриваемостта и филтриране на факти, но тяхната ефективност в глобален мащаб тепърва трябва да бъде доказана.

Справянето с дезинформацията изисква съвместни усилия от страна на правителства, здравни институции и общество. Подходът на всички участници трябва да е прозрачен, базиран на образование и доверие. Според последния Edelman Trust Barometer за 2024 г. хората най-много вярват все пак на учените, но и на „хора като мен“, което, от една страна, е положително, а от друга, показва колко е важно човешкото желание за принадлежност.

Съпротивата срещу дезинформацията е ключова за бъдещето на общественото здраве, което изисква последователни и глобални усилия, насочени не само към корекция на фалшиви твърдения, но и към изграждане на обществено доверие и научна грамотност. | К

Под риск ли е достъпът на българските граждани до съвременно лечение?

ПРОФИЛ

ДЕЯН ДЕНЕВ заема позицията на директор на ARPharM от октомври 2003 г. Юрист по образование, дипломирал се от СУ „Св. Климент Охридски", експерт по фармацевтично законодателство и лекарствена политика.

Г-н Денев, на прага на бюджетния процес какво според вас трябва да отчетат НЗОК и Министерството на финансите при изготвяне на финансовата рамка на НЗОК за 2025 г.?

През последните години бюджетът на НЗОК не успява да покрие нарастващите потребности на пациентите от лекарствено лечение. Според анализ на макроикономическия експерт Аркади Шарков бюджетът на НЗОК за медикаменти през 2021 г. е свършил на 30 октомври, през 2022 - на 14 октомври, през 2023 г. - на 24 септември, а през 2024 - на 13 септември. За да се разплати с аптеки и болници за отпуснатите на пациентите лекарства в оставащите дни до края на годината, НЗОК разчита на парите от отстъпките, които фармацевтичните компании заплащат. Въпросът е докога тази тенденция може да продължи.

2024 г. беше първата година, в която бюджетът за лекарствени продукти не успя да достигне нетните разходи на НЗОК за лекарства, което означава, че тази година компаниите доставят някои свои продукти на отрицателна стойност. Например, ако цената на една опаковка, заплатена от НЗОК, е 100 лв., компанията трябва да възстанови на касата 130 лв. Това застрашава сигурността на лекарствоснабдяването и в крайна сметка лечението на пациентите. За да не се допуска подобно развитие, бюджетът за лекарствени продукти за 2025 г. следва да бъде увеличен с не по-малко от 15%.

Наред с това бих искал да посоча, че здравната система е част от националната сигурност и средствата за нейното финансиране трябва да достигнат средноевропейските нива. Публичните разходи за здравеопазване в България рядко надвишават 5% от БВП при средно за ЕС 8.7%. Държавата трябва да има ясна стратегия за умно финансиране на здравеопазването при запазване на тенденцията за разширяване на достъпа на българските пациенти до иновативни лекарствени терапии и постигането на по-добри резултати от лекарственото лечение.

Г-н Кесимов, от гледна точка на компаниите има ли рискове за осигуряване на терапиите на пациентите и как може да се намалят те?

Фармацевтичните компании полагат усилия за осигуряване на своевременен достъп на българските граждани до съвременните достижения на науката. Следва да се има предвид обаче, че в България са едни от най-ниските цени на лекарствени продукти в Европа и предоставянето през 2024 г. на допълнителни отстъпки и компенсации на НЗОК в общ размер на повече от 800 милиона лв., или около 30% от разходите на НЗОК за лекарства, съчетано с липсата на предвидимост на размера на плащанията по механизма на НЗОК, генерира съществен финансов риск, което може да доведе до затруднения и забавяния при обслужването на задълженията към НЗОК. Все по-трудно успяваме

Необходимо е държавата да има ясна стратегия за финансирането на здравеопазването, в това число на лекарствата, като се осигурят средства, адекватни на здравните потребности.

Деян Денев,
директор, ARPharM

ПРОФИЛ

ТОДОР КЕСИМОВ е генерален мениджър на Takeda за Румъния и България. Председател на управителния съвет на" Японско- българска бизнес асоциация" и председател на управителния съвет на „Асоциацията на научноизследователските фармацевтични производители" в България (ArPharm)

да убедим централите да пускаме на пазара нови молекули, като дори са ни повдигали въпроси за оттегляне от реимбурсация на някои лекарствени продукти поради доставка с икономически загуби и/или на отрицателна цена. За да се избегнат подобни дискусии и за да можем да продължим да осигуряваме нашите терапии до българските пациенти, имаме конкретни предложения за оптимизиране на механизма по начин, който да не води до това компаниите да поемат 100% от дефицита на бюджета на НЗОК за лекарства. Вярваме, че в партньорство с институциите и всички заинтересовани организации ще успеем да намерим решение и да продължим да доставяме иновативните си терапии до българските пациенти.

И една впечатляваща статистика: според анализи на здравните резултати общият брой добавени години живот в добро качество за 126 000 пациенти, лекувани със заплащани от НЗОК иновативни лекарствени терапии през 2023 г., достига 1 241 000, или близо 10 години средно на пациент. Ако това ви се струват сухи цифри или по някаква причина недостатъчно като резултат, представете си, че един от тези пациенти е ваш роднина или близък - тогава всяка добавена година живот, особено в добро качество, има огромно значение.

Доц. д-р Васил Трайков,
председател на Дружеството на кардиолозите в България, мандат 2022 – 2024

За първи път работихме тясно с властите за Националния кардиологичен план

Какво постигнахте през вашия мандат начело на Дружеството на кардиолозите в България?

- Не бях начело, а пръв сред равни. През този мандат заедно постигнахме много за сърдечно-съдовото здраве на българите и за високото ниво на кардиолозите у нас. Радвам се, че бях част от управителния съвет на дружеството като негов председател. Имах доста отговорности и доста предизвикателства, но се радвам, че заедно успяхме да постигнем много успехи, които бяха важни и за гилдията, и за обществото. На първо място искам да откроя големите научни събития, които организирахме. През този мандат беше доста наситено с такива събития, защото бе важно да организираме обучителни форуми за младите колеги и колегите със специален интерес в определени области. Такъв беше и последният ни конгрес. Смятам, че е много важно да се обърнем към младите лекари и към специализантите, за да им дадем възможност да научат колкото може повече от всеки един от нас. Че сме успели, го доказаха пълните зали. Основната роля на дружеството е да подпомогне всеки свой член да се развива, да върви напред в практиката и науката.

Много важна и плодотворна беше и обществената ни активност — работата по Националния план за сърдечно-съдово здраве и разширяването на Алианса за сърдечно-съдово здраве. Имахме удоволствието за първи път да работим в колаборация с властите на най-високо ниво, което до момента не се беше случвало в такъв мащаб. За съжаление, ротациите в политиката през последните две години бяха изключително чести, но ние не сме обезкуражени, защото всички намират стойност в нашите предложения.

Голямо постижение след 25 години работа на здравната каса беше 100-процентното заплащане на базовата терапия за сърдечно-съдови заболявания. Каква е следващата стъпка в тази посока?

- Това не е наша заслуга, а на НЗОК. Монотерапията е само първа стъпка. Но знаем, че има още много стъпки в лечението на хипертонията. Имаме добро начало, но следващите етапи са да бъде покрито цялостно лечението на високото кръвно налягане. Ние бяхме съвременници на този процес, не сме участвали пряко, но сме готови да се включим с експертиза при обсъждането на следващите възможности за по-пълно покритие на комбинираните терапии, на антикоагулантите и т.н.

Къде се фокусира дружеството освен в изработването на такъв стратегически документ като Националния кардиологичен план?

- Разбира се, фокусът ни е върху младите колеги, върху европейския изпит по кардиология. Имаме все повече кандидати и все повече лекари преминават този изпит успешно. Това ни показва, че като кардиолози и хора, които обучават младите специалисти, им предлагаме обучение на високо европейско ниво, което им дава възможност без проблем да издържат толкова сериозен изпит. Радостното е, че все повече технологии, все повече диагностични методики са достъпни в нашата страна. И ако трябва да се върна 20 години назад, когато аз започнах да работя, полето е коренно променено и това радва младите хора, които се занимават с кардиология, защото им позволява достъп до много знания и възможности.

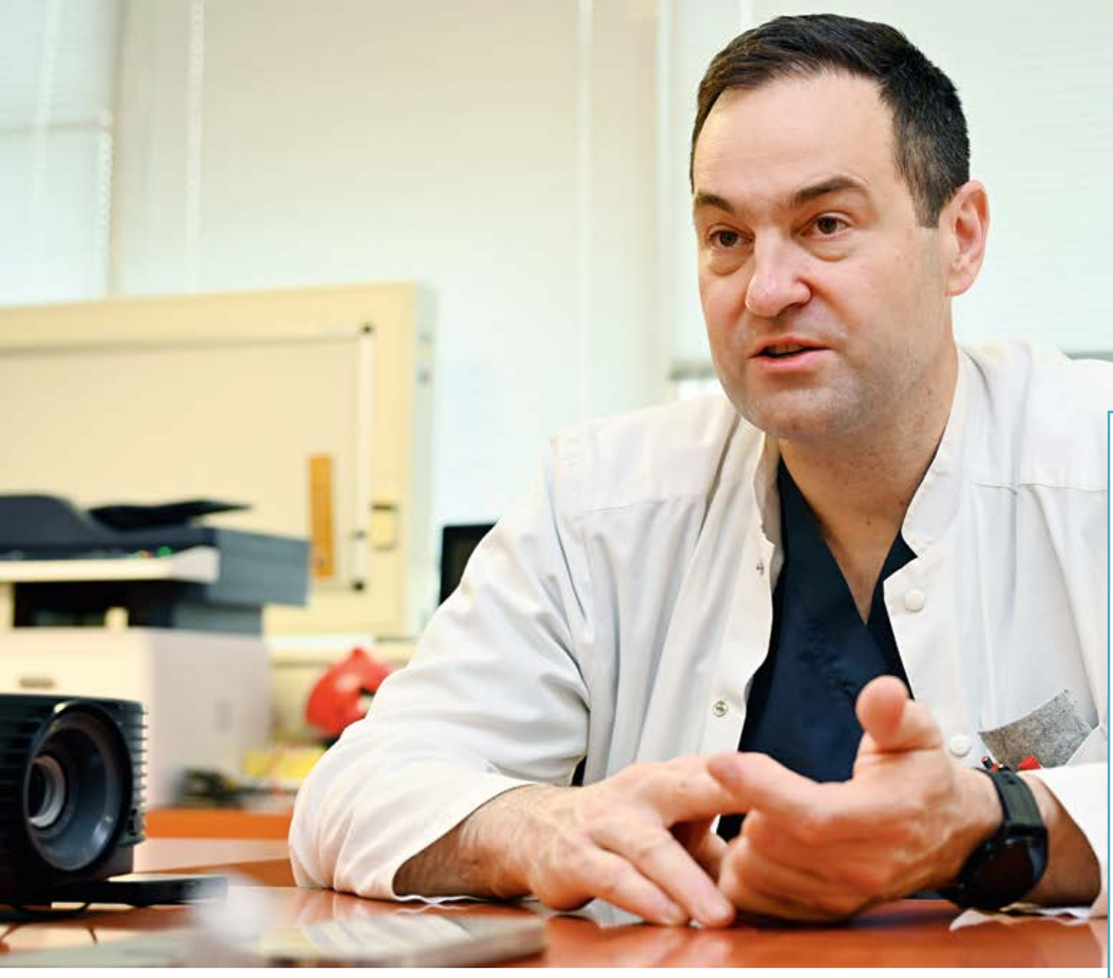
Покрива ли здравната каса тези нови методики и възможности за лечение?

- Да, за щастие почти всички видове лечения в кардиологията са достъпни в България и голяма част от тях се реимбурсират, така че да могат младите кардиолози да се гордеят, че са българи, че са завършили и работят в България. Българската кардиология е достойна част от европейското семейство и ние не изоставаме и за секунда нито като достъпност до необходимите грижи, нито като възможности на лекарите да прилагат всички иновации в медицината. Но изоставаме все още в плана и в това да научим българите да се грижат за сърцето си. Ние можем брилянтно да лекуваме, но общата ни цел е да можем да предпазим нашите пациенти поне от най-тежките фази на сърдечните заболявания.

Вие постигнахте изключително много в популяризирането на сърдечно-съдовото здраве, в създаването на плана, в разширяването на Алианса за сърдечно-съдово здраве, в подписване на меморандума между всички заинтересовани страни...

- Ние направихме голяма стъпка, извървяхме дълъг път и направеното е илюстрация на приемствеността в дружеството. Всичко започнато в предишните мандати, преминава в следващите и се развива, за да вървим напред. Смятам, че няма друго научно дружество в България, което да структурира работата си по този начин.

Решихме много проблеми със съдействието на институциите. Но пак искам да кажа — винаги има какво още да се желае. Нашата специалност е изключително бър-



снимка Надежда Чипева

зоразвиваща се и новите технологии настъпват всеки ден. Трябва да сме готови да работим с тях и да помагаме на пациентите. Тук е мястото на властите, за да ги направят достъпни чрез здравната каса. Редно е те да бъдат реимбурсирани, защото са категорично по-добри и доказано помагат на повече пациенти в сравнение със старите методи. Пример тук са и новите технологии в катетърната аблация (за лечение на аритмии). Революцията тук е новата енергия за аблация, която е изключително безопасна и много ефективна. Тя трябва да дойде в България, след като цяла Европа вече я прилага. Много се надявам да ускорим процеса за реимбурсиране от НЗОК. Важно е да кажем и че все още част от устройствата за превенция на внезапна смърт не са изцяло покрити. Да, покритието се повиши, но все още се изисква доплащане. Друг пример е подобряването на реимбурсацията на системите за функционална оценка на коронарните стеснения.

Има много други примери, които да се посочат, но и редица иновативни технологии в кардиологията, които тепърва ще навлизат в България. Все повече се виждат инфекции на имплантирани устройства и трябва да сме подготвени да можем да се справим с тях. Имаме два центъра в България, които работят, но трябва да се фокусира вниманието върху този проблем и тази дейност също да се реимбурсира.

Предсърдното мъждене само по себе си е доста неглижирано от самите пациенти, не мислите ли?

- И не само то. Затова е много важно да повишим осведомеността. Това е наша задача и ние работим по въпроса заедно с колегите от световното сдружение. Важно е да повишим осведомеността и на лекарите, които да насочат пациента за аблация. Според последните ръководни правила катетърната аблация трябва да бъде и първа линия на лечение при диагностицираните с предсърдно мъждене. Тя е безспорно една голяма инвестиция в лечение в началото, но разпределено във времето, инвестицията се възвръща. Дори ако я сравним с медикаментозното лечение, което ще бъде нужно в продължение на много години, аблацията е по-ефективна финансово. Повторна процедура се налага все по-рядко заради добрите технологии.

Специалистите в извънболничната помощ и личните лекари запознати ли са с новите технологии, за да ги обяснят и препоръчат достъпно, тъй като пациентите обикновено се страхуват?

- Не всички са запознати в детайл и затова работим да запознаем всички. Смятам, че не е правилно да проявяваме инерция тогава, когато има ясно работещи методи, които е доказано, че работят по-добре от медикаментите. Колкото по-рано пациентите бъдат насочени за лечение с най-новите технологии, толкова по-добре.

Интервюто взе Десислава Николова

Профил

Доц. д-р Васил **Трайков** е началник на отделение по електрофизиология в „Аджибадем Сити клиник УМБАЛ Токуда“, председател на Дружеството на кардиолозите в България, мандат 2022 – 2024. Доц. Трайков получава дипломата си по медицина с отличие от Медицински университет – София, България, през 2000 г. Малко след това започва кариерата си в Клиниката по кардиология на Национална кардиологична болница – София. През 2002 г. се присъединява към екипа на Лабораторията по електрофизиология, като започва обучението си по инвазивна електрофизиология. През 2004 г. е назначен за асистент в същата институция. През 2008 г. се премества в Сегед, Унгария, където работи като стипендиант, а по-късно и като сътрудник в Лабораторията по електрофизиология на Университета в Сегед, Унгария. През 2011 г. поема длъжността началник на отделение по инвазивна електрофизиология в „Аджибадем Сити клиник УМБАЛ Токуда“ – София. По време на неговото ръководство този център се превърна в един от най-големите в България в областта на електрофизиологията. През 2021 г. защитава докторска степен, като от края на същата година е хабилитиран. Доц. Трайков е автор и съавтор на повече от 100 статии, повечето от които във водещи международни научни списания в областта на електрофизиологията и кардиостимулацията. В периода 2016 – 2019 г. е председател на Българско дружество по аритмия и преизбран за втори мандат до 2022 г. През 2020 г. е избран за бъдещ председател на Дружеството на кардиолозите в България, мандат 2022 – 2024 г. През 2017 година е избран за член на Комисията за научни документи на Европейската асоциация по сърдечен ритъм (EHRA), като остава в тази позиция до 2020 г., след което е предложен и избран за член на Комисията за националните дружества в същата организация, където членува и до момента. Доц. Васил Трайков проявява особен интерес в областта на механизмите на предсърдното мъждене, аблация на камерни тахиаритмии и лечение на инфекции на сърдечни имплантируеми електронни устройства.

Големите фармацевтични компании сключват по-малки сделки

J&J и Merck се фокусират върху цели под 5 млрд. долара

Кирил Кирчев | kiril.kirchev@capital.bg

Години наред най-големите производители на лекарства в света плащаха солидни суми за придобивания. Сега те издават чекове за много по-малки суми. След като похарчиха десетки милиарди долари за отделни биотехнологични компании, фармацевтичните гиганти като AbbVie, AstraZeneca и Merck & Co. се насочиха към по-малки цели, струващи 5 млрд. долара или по-малко. Много от компаниите, които се купуват, са частни.

Причината според мениджъри, банкери и адвокати: в сегашната регулаторна среда по-малките сделки са по-лесни за осъществяване, а секторът изглежда доста изчерпан.

Нито една от сделките през първата половина на годината не е достигнала мащаба на придобиването на Seagen от Pfizer за 43 млрд. долара, което приключи през декември 2023 г. Водещата сделка за тази година е покупката на Catalent от Novo Holdings за 16.5 млрд. долара. Тя помага на компанията да отговори на нарастващото търсене на нейните GLP-1 рецепторни агонисти, включително Ozempic и Wegovy, според данни на фирмата за пазарно разузнаване Intellizence, както и според независими проучвания.

Но всички 17 сделки, обявени от големи фармацевтични компании през първите шест месеца на годината, са оценени на 5 млрд. долара или по-малко, според изследователската компания DealForma. През същия период на миналата година големите фармацевтични производители са се договорили за девет сделки, включително две, които са били на стойност 10 млрд. долара или повече.

Девет от 17-те сделки са били за частни компании, докато през същия период на миналата година е имало една такава, съобщава още DealForma. Данните на компанията са за сделки с оповестени стойности и платени авансови суми в брой и собствен капитал. Големите производители на лекарства са определени като такива с пазарна стойност над 50 млрд. долара.

Shutterstock

Трудно се намират важни големи цели

Миналата година големите придобивания бяха водени от покупката на биотехнологията за борба с рака Seagen от Pfizer за 43 млрд. долара. За разлика от това, най-голямата фармацевтична сделка досега през тази година беше покупката на Alpine Immune Sciences и нейното експериментално лекарство за бъбреци от Vertex Pharmaceuticals за 4.9 млрд. долара.

„Размерът на тази сделка беше почти идеален за Vertex. Беше лесно да си я позволим и ни остави баланс, който да ни позволи да сключваме още сделки“, казва пред The Wall Street Journal председателят на Vertex Джефри Лейдън.

Главният изпълнителен директор на Vertex Решма Кевалрамани обясни, че компанията е наблюдавала от известно време бъбречното заболяване, към което е насочено водещото лекарство на Alpine, тъй като няма лечение на основната причина, а Vertex не е имала собствено лекарство в процес на разработка. >38

Вълната от мегасливания, която промени сектора

В края на 90-те години на миналия век и първото десетилетие на този се наблюдаваше вълна от мегасливания, които промениха фармацевтичния сектор. Знаковото придобиване на Warner-Lambert от Pfizer за 90.2 млрд. долара през 1999 г. остава една от най-големите сделки в индустрията, чиято цена днес се равнява на 146 млрд. долара. През същата година се осъществи сливането на Astra и Zeneca на стойност 67 млрд. долара, с което се създаде глобална компания, фокусирана върху ключови терапевтични области като онкологията и сърдечно-съдовите заболявания. Неотдавна придобиването на Celgene от Bristol-Myers Squibb за 74 млрд. долара през 2019 г., осигуряващо водещото лекарство за рак Revlimid, беше друг ярък пример за голяма сделка в сектора.

Придобиванията остават важен начин за големите производители на лекарства да допълнят работата на собствените си лаборатории и да попълнят продуктовите си линии. Според юристи и банкери причината за преминаването към по-малки придобивания е, че големите компании виждат по-малко големи цели, които си струва да бъдат закупени, след като много от тях бяха извадени от пазара.

Много от близките възможности са или купени, или пропуснати, казва Андрю Вайзенфелд, управляващ партньор в MTS Health Partners, който консултира биотехнологични и фармацевтични компании за сделки.

За промяната допринася и по-строгият контрол на Федералната търговска комисия на САЩ върху дейността по сливания и придобивания, включително по-големите фармацевтични сделки. Според адвокати и банкери, които консултират компании по сделки, по-малките сделки представляват по-малко пречки за получаване на одобрение от антитръстовите регулатори.

По-малките сделки могат също така да помогнат да се запълнят пробойните в продуктовите портфолиа, ако големите производители на лекарства са загубили в преговорите за по-скъпи сделки. Освен това за купувачите често е по-лесно да преговарят за тези сделки, отколкото за големите, а след това и да интегрират новата компания в структурата си.

Рисковете

За купувачите малките сделки са свързани и с рискове. Малките цели за придобиване често имат лекарства, които са в ранна фаза на разработване, така че не е сигурно, че те ще могат да се появят на пазара.

Несигурността обаче е и възможност за интелигентните купувачи, смятат анализатори.

„Големите фармацевтични компании идентифицират диамант в суров вид още в началото, казва Бил Роеге, партньор по сливания и придобивания в адвокатската кантора Cooley. Така се опитват да ги купят, преди да са станали голяма компания за 10 млрд. долара."

Роеге консултира компанията за лекарства за редки болести Amolyt Pharma при продажбата ѝ на AstraZeneca за 1 млрд. долара — една от поредицата сделки за 1–2.5 млрд. долара, които британският производител на лекарства сключи през последните месеци, за да подсили своето портфолио.

Гигантите ограничават по-скъпите придобивания, за да помогнат за по-лесното одобрение от регулаторите.

Частната компания Amolyt се хареса на AstraZeneca, тъй като нейното водещо лекарство за ендокринни заболявания е в последния етап на тестване и може да осигури нов източник на продажби сравнително скоро, като помогне на фармацевтичната компания да постигне целта си за приходи 80 млрд. долара до 2030 г., заяви Марк Дюноайе, главен стратегически директор на AstraZeneca. Той обясни, че Amolyt ще бъде лесна за интегриране, тъй като има само 50 служители.

Интересът към частни компании

През последните месеци частните компании с лекарства в по-ранни етапи на разработка са по-склонни да се продават заради предизвикателствата на публичното предлагане и защото перспективите им за набиране на парични средства за финансиране на следващия етап от разработката са несигурни, казва Роеге.

Купувачите виждат смисъл в тези сделки, тъй като преговорите не включват публична оценка, каза Пунит Мехта, старши управляващ директор в областта на инвестиционното банкиране в здравеопазването за Guggenheim Securities.

Johnson & Johnson придоби две частни компании, разработващи лекарства за имунни заболявания — Proteologix и дъщерно дружество на Numab Therapeutics, което сега се казва Yellow Jersey. Според запознати придобиванията са направени, след като фармацевтичният гигант е загубил някои скъпи сделки през последните години.

„Ако се замислите за по-големи придобивания, те са доста трудни за осъществяване", казва главният финансов директор на J&J Джоузеф Уолк. Като добавя, че J&J „няма нищо против" да се откаже от големи сделки, особено ако има разминаване в цената. Компанията също така се е съсредоточила върху сключването на сделки с малки компании.

След като похарчи много средства през 2023 г., Merck намали броя на сделките си през тази година с четири малки придобивания. Сред тях са сделка за 1.3 млрд. долара за компанията за лекарства за очи EyeBio и 680 млн. долара за публично търгувания производител на лекарства за рак Harpoon Therapeutics.

Експерименталните лекарства, придобити от Merck чрез сделките, ще ѝ помогнат да диверсифицира и задълбочи продуктовата си гама, заяви Сунил Пател, ръководител на отдела за бизнес развитие. Мащабът и опитът на Merck могат да помогнат за понататъшното разработване на лекарствата.

„Когато видим наука, която смятаме, че можем да превърнем в лекарство и да окажем пряко въздействие върху пациентите, действаме в тази посока", казва Пател. Merck е изправена пред потенциално значителен спад в продажбите, след като най-продаваното ѝ лекарство за рак, Keytruda, ще загуби патентната си защита в САЩ през 2028 г.

AbbVie се бори с конкуренцията на пониски цени за дългогодишното си топ лекарство Humira, след като то загуби патентната си защита миналата година. Компанията сключи малки сделки тази година, за да попълни своя конвейер от лекарства за имунни заболявания, след като миналата година похарчи повече от 18 млрд. долара за придобивания. През май AbbVie купи публичната компания Landos Biopharma за 137.5 млн. долара, а през юни — частната Celsius Therapeutics за 250 млн. долара. Ако техните експериментални лекарства за имунни заболявания получат одобрение, те биха могли да допринесат за растежа и да помогнат за успеха на сегашното портфолио от продукти на AbbVie, каза Никълъс Донохоу, главен директор по бизнеса и стратегията на AbbVie.

Очакванията са до края на годината сключването на сделки да продължава с бързи темпове, но с акцент към по-целенасочени придобивания и стратегически партньорства. | К

Оля Василева,

изпълнителен директор на Българската асоциация на търговците на едро и дребно с лекарства (БАТЕДЛ)

За нас от БАТЕДЛ е важно да гарантираме навременния достъп на пациента до неговата терапия

Защо разширихте обхвата на асоциацията ви?

Историята на нашата асоциация датира още от 2010 г., като първоначално стартирахме като браншова организация, представляваща само търговците на едро. Във веригата на лекарствоснабдяването именно те са в центъра и играят роля на свързващо звено между производителите и търговците на дребно. За тези 14 години се радваме, че успяхме да установим силно партньорство, основано на нуждите на пациента от навременен достъп до терапия, с двете водещи асоциации на фармацевтичните производители у нас. Активен диалог имаме и с професионалната организация на магистър-фармацевтите, с които също търсим възможности да подобряваме достъпа у нас до продукти за здраве. Това обаче, което ни липсва, е бизнес гледната точка на търговците на дребно, защото именно бизнесът е този, който в голяма степен води иновациите, има ключова роля за цялостната дигитализация и осигурява значителна част от инвестициите, необходими за развитието на всеки сектор. Така се осмелихме да поемем трудната и предизвикателна задача да разширим обхвата на асоциацията. Голям пример и мотивация получихме от съседна Румъния, където тяхната асоциация на търговците на едро и дребно с лекарства се наложи като един от големите двигатели за развитието на сектор здравеопазване в страната. В България имаме силна нужда от модернизация на сектора и силно вярваме, че ние като БАТЕДЛ заедно с другите участници във веригата на лекарствоснабдяването можем да предизвикаме тази промяна!

Кои са членовете на Българската асоциация на търговците на едро и дребно с лекарства?

Преди да отговоря на този въпрос, искам да кажа нещо много категорично - ние от БАТЕДЛ държим на прозрачността, лоялните практики, пациентски ориентирания подход и стриктното прилагане на законодателството. Именно това са основните критерии, по които правим избора на нашите членове. За момента в състава на БАТЕДЛ влизат водещите напълно интегрирани доставчици на здравни услуги и шест от най-големите аптеки в страната. За тях мога да кажа, че следват най-високите стандарти по отношение дистрибуцията на продукти за здраве, на фармацевтична грижа и осигуряват широк спектър от продукти - над 22 000 артикула. Освен това те са се наложили като партньор в грижата за здравето на милиони български пациенти чрез своите над 300 физически точки за достъп и силно онлайн присъствие,

Българската асоциация на търговците на едро и дребно с лекарства обединява две ключови звена във веригата на лекарствоснабдяването у нас - напълно интегрираните търговци на едро и водещи вериги аптеки в страната. Асоциацията оперира от 2010 г., като първоначално е браншова асоциация само на търговците на едро с лекарства у нас, а от ноември 2024 г. разширява обхвата си и към търговците на дребно.

Какви са целите, които БАТЕДЛ си поставя сега?

Нашата цел като асоциация е да работим фокусирано за въвеждането у нас на добрите европейски практики и стандарти в търговията на едро и дребно с лекарства, за да гарантираме в най-висока степен, че българските пациенти ще имат навременен достъп до продукти и услуги за здраве. Нашето желание наистина е заедно с всички други участници във веригата на лекарствоснабдяването и институциите да постигнем диалог и да работим в синхрон за подобряване на цялостната регулаторна среда в България, което неминуемо ще доведе до редица ползи за обществото ни. Ключов елемент тук е дигитализацията като процес, който секторът трябва да продължи да развива. Виждаме безброй неусвоени възможности и в частта на търговията на дребно, като един добър пример са здравните услуги, онлайн развитието на аптеката и т.н. Темите са много и изискват устойчиви действия и ние от БАТЕДЛ сме готови за това.

Shutterstock

Исторически скок във ваксините срещу рак

Те стимулират имунната система на пациента след рак да разпознае и потенциално да унищожи останалите ракови клетки

Кирил Кирчев | kiril.kirchev@capital.bg

Началото на първото в света проучване на ваксина срещу рак е не само революционно в областта на медицината, но и за бъдещето на стотици милиони хора през XXI век. Тази първа по рода си ваксина е персонализирана за всеки пациент и е кулминацията на много десетилетия изследвания.

Новата платформа на NHS — Cancer Vaccine Launch Pad (CVLP), ще ускори достъпа до персонализирано клинично изпитване на ваксина срещу рак за хора, които са диагностицирани с рак, и ще ускори разработването на ваксини срещу рак.

Проектът се реализира в партньорство с BioNTech и Genentech. Според експерти този подход ще допринесе и за ускоряване на разработването на противоракови ваксини като форма на лечение. Ваксините, разработени заедно от биофармацевтичните компании BioNTech и Genentech, са предназначени да стимулират имунен отговор, за да предотвратят рецидив на раковото заболяване след операция на първичния тумор, като стимулират имунната система на пациента да разпознае и потенциално да унищожи останалите ракови клетки.

През 2023 г. BioNTech за първи път обяви партньорство с британското правителство за осигуряване на до 10 хил. пациенти с прецизни имунотерапии срещу рак до 2030 г.

Колко важна е тази ваксина?

Една ваксина срещу рак може да има изключително голямо въздействие в световен мащаб. До 2030 г. в Националната здравна служба на Обединеното кралство — най-голямата публично финансирана здравна служба в света, общо 10 хил. души биха могли да получат индивидуално лечение на рак. Това би представлявало важна стъпка към драстично намаляване на броя на раковите заболявания в световен мащаб през следващите десетилетия, обобщава Световният икономически форум.

Според Световната здравна организация (СЗО) ракът е водеща причина за смърт-

Един от всеки петима души по света ще се разболее от рак през живота си, а само през 2022 г. са установени 20 млн. нови случая.

ността в световен мащаб. Най-разпространените видове рак са ракът на гърдата, на белия дроб, на дебелото черво и ректума и на простатата, а само през 2022 г. са установени 20 млн. нови случая на всички видове рак.

Ваксините могат да имат трансформиращ ефект върху здравето в световен мащаб. Те се разработват от 228 години, като първата успешна доза е поставена от д-р Едуард Дженър през 1796 г., за да се предпази от дребна шарка. Оттогава насам темпото на научните изследвания в областта на ваксинациите срещу много болести, засягащи хората по целия свят, се е увеличило рязко.

Само през последните 50 години ваксините са спасили живота на 154 млн. души по света — 65% от тях са били бебета. Този брой може да нарасне значително, ако изпитването на ваксината срещу рак на NHS се окаже ефективно и бъде широко разпространено.

Как действа ваксината?

Ваксината срещу рак не се поставя на пациенти, за да се предотврати появата на рак, а на пациенти със съществуващи тумори — това я прави различна от другите ваксини. Тя е създадена, за да помогне на имунната ни система да разпознае как „изглеждат“ раковите клетки. Тази революционна форма на имунотерапия помага на организма да разпознае, унищожи и предотврати разпространението на съществуващите ракови клетки.

Хиляди пациенти с онкологични заболявания в Англия ще получат бърз достъп до изпитването — услуга за „подбор“, която да помогне за намирането на нови животоспасяващи лечения, съобщиха от NHS. Първият пациент е получил ваксината за лечение на рак на червата.

Разликата в лечението на рака

Качеството на здравеопазването силно зависи от държавата, в която живеете, и лечението на рак не е по-различно. Например според СЗО една от 12 жени, живеещи в по-богатите страни, ще бъде диагностицирана с рак на гърдата през живота си, а една от 71 жени ще умре от него. В по-бедните страни една от 27 жени ще бъде диагностицирана с рак на гърдата през живота си, но 48 жени ще умрат от него.

В момента ракът на гърдата и ракът на маточната шийка представляват повече от половината от раковите заболявания при жените в Африка на юг от Сахара.

Глобалният алианс за здравето на жените, инициатива на Световния икономически форум, подкрепена от Siemens Healthineers, създаде Коалиция за борба с рака на маточната шийка и гърдата в рамките на Световната здравна асамблея. Тя ще даде възможност на министрите на здравеопазването да получат достъп до глобална мрежа от експерти и ресурси, да организират семинари в отделните държави за обмен на мнения и да съдействат за идентифициране на пропуските и предизвикателствата в подкрепа на целите на общественото здраве.

Според СЗО разликата в достъпа до медицински заведения в световен мащаб е огромна. Например вероятността услугите, свързани с рака на белия дроб, да бъдат включени в пакета от здравни услуги в държава с високи доходи е до седем пъти по-голяма, отколкото в държава с ниски доходи. Трансплантацията на стволови клетки е 12 пъти по-вероятна в по-богатите страни.

Тези данни могат да имат дългосрочно въздействие, особено когато 4.5 млрд. души нямат достъп до основни здравни услуги, а половината от населението на света живее с по-малко от 6.85 долара на човек на ден.

Оформянето на по-справедлив свят за здравето и благосъстоянието е от жизненоважно значение, за да се даде възможност на хората по света да живеят по-безопасно и по-щастливо.

Технологиите играят централна роля в научноизследователската и развойната дейност за постигане на по-голяма равнопоставеност в здравеопазването, включително все по-широкото използване на изкуствен интелект — ключов инструмент в Четвъртата индустриална революция. | К

Пробивът в областта на изкуствения интелект дава надежди за по-добра диагностика на рака

Нов модел на основата на изкуствен интелект може точно да открива множество видове рак, да оценява лечението и да прогнозира степента на оцеляване – това е най-новият напредък в медицинската диагностика, задвижван от технологиите.

Моделът – известен като Chief, е пробив заради широкия спектър от тумори, които може да анализира, и способността му да прогнозира резултатите за пациентите, твърдят изобретателите му от Harvard Medical School. Моделът Chief подчертава как изкуственият интелект е допринесъл за усъвършенстване на диагностичните техники, базирани на изображения, отчасти защото е в състояние да забележи значението на характеристики, които дори опитното човешко око може да пропусне.

„Нашата амбиция беше да създадем гъвкава платформа за изкуствен интелект, подобна на ChatGPT, която да може да изпълнява широк спектър от задачи за оценка на рака“, казва пред Financial Times Кун-Хсинг Ю, доцент по биомедицинска информатика в института „Блаватник“ към Harvard Medical School. „Нашият модел се оказа много полезен за множество задачи, свързани с откриването на рак, прогнозата и отговора на лечението при различни видове рак.“

Моделът Chief, описан в статия, публикувана в Nature, работи чрез разчитане на цифрови диапозитиви на туморни тъкани. Той е обучен на 15 млн. немаркирани участъка от изображения, а след това на 60 хил. цели изображения на тъкани, обхващащи 19 различни вида рак.

Идеята е да се уверим, че Chief може да свърже подробните промени в една област от тъканта с по-широкия контекст, казват изследователите.

Chief превъзхожда други методи за диагностика с изкуствен интелект с до 36% при откриването на ракови клетки, прогнозирането на изхода от лечението на пациентите и идентифицирането на произхода на тумора и наличието на генетични модели, свързани с отговора на лечението, се казва в статията.

Моделът показа обща точност почти 94% за откриване на рак, като тя нараства до 96% за тумори на хранопровода, стомаха, дебелото черво и простатата.

Геномните лекарства могат да струват 3 млн. долара за доза. Как да ги направим достъпни

Лечението е чудо на иновациите. Ценообразуването им също трябва да е изобретателно

Много заболявания са резултат от избор или обстоятелства: нездравословен начин на живот, токсични условия на живот или случайна среща с вирус или бактерия. Други са предопределени — защото са записани в гените. Милиони хора по света страдат от най-разпространените генетични заболявания като сърповидно-клетъчната анемия или таласемията — две кръвни заболявания. Дългата опашка от по-редки заболявания възлиза на милиони.

Преди двадесет години повечето пациенти нямаха надежда за лечение. Но вълнуващите постижения в областта на геномните лекарства сега обещават да лекуват и потенциално да излекуват ужасните и понякога фатални генетични заболявания. При генното редактиране например се използват ензими, които изрязват ДНК на пациента точно там, където е необходимо, и поправят вредните мутации.

Непосилна цена

Технологиите са умопомрачителни, но за съжаление цената им е непосилна. Няколко генни терапии, които струват над 3 млн. долара на човек, са най-скъпите лекарства, одобрявани някога. Дори богатите държави се борят да поемат разходите за тях.

Институтът „Аспен“ смята, че до 2031 г. Америка може да похарчи общо 30 млрд. долара годишно за генни и клетъчни терапии, които обхващат 550 хил. души. Това би било около десет пъти повече от средните разходи на пациент в сравнение със сегашните разходи за лекарства, отпускани

Съдържание от

The Economist

Shutterstock

по лекарско предписание. Следователно, за да реализират потенциала си, тези медицински иновации могат да изискват и финансови иновации.

Фармацевтичните компании настояват, че цената е оправдана. Те правилно посочват, че създаването на нови лекарства е колосално скъпо и изпълнено с риск. След като бъдат изобретени и одобрени, тези лечения са и необичайно сложни за производство. Генните терапии са сравнявани със „снежинки“, тъй като всяка партида е уникална. Компаниите твърдят, че лечението облекчава големи страдания и че ако ефектът от него е траен, едно лечение може да спести дългосрочните разходи за хронично заболяване, които биха продължили през целия живот на пациента.

В страните, където правителствата плащат за здравеопазване, разходите за генни терапии ще бъдат разпределени върху цялото население. Това улеснява разработването на механизми за плащане — дори и да е трудно да се намерят самите пари. Но ситуацията в Америка е още по-сложна. Някои застрахователни планове, спонсорирани от малки работодатели, са лошо подготвени да се справят с първоначалните разходи за новите лекарства. Фирмите сравняват внезапните разходи с „удар от мълния“.

Може да се наложи застрахователите да заплащат лечението на части, а не наведнъж. Може да се наложи да обединят усилията си с други застрахователи, за да се справят с конкретни лечения. Десетки хиляди хора със сърповидно-клетъчна анемия са обхванати от Medicaid — здравноосигурителен план за бедни, управляван от щатските правителства. За да намали разходите, федералното правителство се опитва да въведе пилотна схема за координиране на покритието в различните щати.

В страните, където правителствата плащат за здравеопазване, разходите за генни терапии ще бъдат разпределени върху цялото население.

Опит от други сектори

Застрахователите се учат и от други индустрии. Някои говорят за модел Netflix, при който много малки застрахователи плащат абонаментна такса в замяна на всякакви терапии, които производителят въвежда в експлоатация. За да намалят несигурността, някои производители на лекарства биха могли да предложат гаранции, които да компенсират застрахователите, ако лечението в крайна сметка се провали.

Историята показва, че разходите за нови лекарства могат да намалеят с течение на времето с напредването на технологиите. Цената на моноклоналните антитела намаля почти 50 пъти през 20-те години след 1998 г. Нещо подобно трябва да се случи с геномните лекарства. Една от надеждите е, че те ще се превърнат в „платформени технологии“, позволяващи на едно лекарство след няколко промени да лекува много заболявания, без да изисква всеки път скъпи клинични изпитвания.

Самите фармацевтични компании, изглежда, очакват цените да паднат. Някои от тях обмислят геномни терапии за по-често срещани заболявания, като например сърдечни болести, които ще работят само при много по-ниски цени на пациент.

Опасността е, че дори и разходите да намалеят, фармацевтичните компании ще имат твърде малко стимули да понижат цените с толкова. След като дадено лекарство се утвърди като „стандарт на лечение“ за определено състояние, застрахователите могат да преминат към по-евтини доставчици само ако те могат да покрият същия стандарт. Ако не съществуват други доставчици, дори правителствата ще имат изненадващо малка сила при преговорите за цените с производителите.

Правителствата обаче могат да използват влиянието си и по други начини. Те могат да рационализират регулаторните системи, за да улеснят навлизането на други компании на пазара. Те могат също така да предлагат финансови стимули, като например данъчни облекчения, ваучери или награди, за изобретяването на конкурентни лечения. Разработването на лекарства вече се ползва със значителна публична подкрепа чрез финансиране на научни изследвания, данъчни стимули и патентна защита. Всички тези лекарства в крайна сметка произлизат от открития, носители на Нобелова награда, водени от любопитство, а не от печалба.

Благодарение на публичните инвестиции в революционни технологии, както и на поемане на риск от частния сектор, генните терапии вече могат да правят чудеса. Сега може би ще е необходима нова вълна от публично финансирани изследвания и инициативи, за да се постигне същата магия за по-малко пари.

© 2024 The Economist Newspaper Limited. All rights reserved.

Николай Колев,

управляващ директор и председател на управителния съвет на „Фьоникс Фарма“ в България и на компаниите „Фармексим“ и „Хелп Нет“ в Румъния

Работим за грижа от следващо поколение

Господин Колев, каква беше 2024 за Вас и Вашия екип?

За нас 2024 беше година на развитие и трансформация. Отбелязахме напредък не само като компания, но и като екип и работодател. За мен в лично качество 2024 е година, в която стъпваме едно стъпало нагоре в развитието на устойчивите практики и грижата за нашите клиенти, пациенти и служители. Ще изпратим годината с чувство на споделеност, радост и гордост.

Споделете ни какви новости реализирахте за Вашите клиенти тази година?

Съвсем наскоро, в края на октомври, отбелязахме тържественото откриване на нашия изцяло обновен регионален център в Бургас. Инвестицията ни там възлиза на близо 1.5 млн. лева, а проектът за модернизация бе реализиран през последните две години. Той обхваща инсталация на автоматизирани конвейерни системи, внедряване на съвременна подемно-транспортна и складова техника, както и инсталиране на фотоволтаична система за производство на зелена енергия. Тези иновации ще повишат ефективността на операциите и ще намалят въглеродния отпечатък на компанията. Заедно с обновените и разширени офисни пространства те превръщат регионалния ни център в Бургас в един от най-модерните в региона и удобна локация за международни срещи.

Вярвам, че подобни инвестиции са стъпки по пътя на нашето устойчиво развитие и обещание, че ще продължим да предоставяме висококачествени услуги днес и за поколения напред.

Плановете ни за инвестиция в зелена енергия и фотоволтаични системи са дългосрочни. Съвсем наскоро заработи соларната ни инсталация в регионалния ни център във Велико Търново, където може да се похвалим в с мощност 184.80 kWp, и със сигурност няма да спрем дотук.

Също така обновихме нашата B2B платформа, която вече предлага функционалности като потвърждение на салдо и проследяване на поръчки, улеснявайки взаимодействието с клиентите.

Друг наш успех е, че ежегодното ни професионално обучение „BETTY - Моята аптека“ тази година бе отличено като „Събитие на годината“ на корпоративните награди на B2B медия. Събитието има за цел да събере фармацевтите, които работят в аптеките от нашата партньорска програма BETTY, с цел повишаване на тяхната професионална квалификация и създаване на професионална общност за обмяна на информация и опит. В „BETTY - Моята аптека“ тази година взеха участие 250 фармацевти от цяла България.

Интересна статистика е, че в последните месеци екипът на „Здравен софтуер“ имплементира над 30 нововъведения, за да помогне на клиентите ни да работят според всички законови изисквания и да следват съвременните тенденции в сектора.

Споменахте грижата за пациентите, в какво се изразява тя за Вас?

Тя е многопосочна. От ежедневната работа, отдадени на мисията ни „Ние доставяме здраве“, през грижата на всички наши екипи нужните лекарства да достигнат навреме до българския пациент до кампанията за измерване на холестерола, която осъществихме в аптеки BETTY през октомври. 15 аптеки от 11 града в България се включиха в кампанията и така успяхме да достигнем до повече от 1100 пациенти. В някои населени места интересът към инициативата е бил толкова голям, че аптеките са правили предварителни списъци от желаещи. Това ни радва и ни показва, че работим в правилна посока.

Преди година групата „Фьоникс Фарма“ отвори първата си аптека BENU в София, а

ПРОФИЛ

НИКОЛАЙ КОЛЕВ има над 25 години опит във фармацевтичния и финансовия сектор. Заемал е управленски, маркетингови и търговски позиции на няколко пазара. Присъединява се към екипа на „Фьоникс Фарма“ през 2017 година като управляващ директор и председател на управителния съвет. В началото на 2022 г. поема и управлението на компаниите „Фармексим“ и „Хелп Нет“ в Румъния, които също са част от групата „Фьоникс“. Г-н Колев е бивш председател на управителния съвет на Българската асоциация на търговците на едро с лекарства (БАТЕЛ) и настоящ председател на управителния съвет на Българската асоциация на търговците на едро и дребно с лекарства (БАТЕДЛ). Той е и вицепрезидент на Асоциацията на фармацевтичните дистрибутори и търговци на дребно в Румъния (ADRFR) и е член на Борда на Европейската федерация на аптечните вериги (EFPC) и на Европейската асоциация за дистрибуция на здравни услуги (GIRP) със седалище в Брюксел.

днес аптеките вече са четири. BENU дойде в България да наложи европейски стандарти за грижа към пациента и да превърне аптеката в място за грижа и превенция за българското семейство. За една година много развихме пациентските услуги, които се случват на място в аптеките. На месечна база организираме кампании по измерване на кръвната захар и холестерола, а вече предлагаме и дермоконсултации.

От грижата навън към грижата вътре: Как успявате да поддържате хората си мотивирани и вдъхновени да работят за успехите на компанията?

Ние във „Фьоникс“ вярваме, че в основата на успеха ни са хората. В нашия екип се гордеем с хора, които споделят идеите си, имат активна позиция и искат да са по-добри във всичко всеки ден. Тази нагласа ни помага да сме обединени, да вървим напред и да постигаме успехи.

Ще споделя една любопитна статистика. Тази година проведохме проучване на ангажираността на служителите в цялата група „Фьоникс Фарма“. България постави рекорд от 98% участие на нашите служители в проучването. Това за нас е доказателство, че хората вярват, че тяхното мнение е от значение и ще бъдат чути и разбрани.

Как се развива ИТ хъбът на групата „Фьоникс Фарма“ в България?

Когато през 2022 г. групата „Фьоникс“ взе стратегическото решение да отвори своя ИТ хъб в България, бяхме сигурни, че българските ИТ таланти ще докажат, че това решение е било правилно. През септември тази година „Фьоникс Фарма ИТ сървисиз“ отбеляза важен момент в своята история - към компанията се присъедини нейния 100-тен служител. Това е доказателство за силата на нашите възможности и важната роля, която хъбът играе в глобалната структура на групата.

По-рано през годината „Фьоникс Фарма ИТ сървисиз“ бе и сред трите финалиста в категорията „Инвестиция в иновативен бизнес“ на наградите „Инвеститор на годината 2023“ на Българската агенция за инвестиции.

Без съмнение в бъдеще стратегическата роля на България за групата „Фьоникс Фарма“ ще расте.

Наскоро разбрахме, че „Фьоникс Фарма“ дава начало на своя програма за корпоративна социална отговорност. Разкажете ни повече.

„Фьоникс Фарма“ за следващото поколение по-здрави българи“ е програма, създадена с цел да адресира нуждата от знания и формиране на умения за здравословен живот у децата в началното училище (1 - 4 клас). Тя ще се осъществи за първи път през учебната 2024/2025 година и цели да стигне до 5000 души, като затвърди връзката дете - училище - семейство.

За осъществяването на програмата си партнираме с фондация „Работилница за граждански инициативи“, а наш образователен партньор е Асоциация „Родители“.

В момента тече процес за кандидатстване на учители от цяла България, които ще бъдат обучени да осъществят цикъл от уроци и родителски срещи, посветени на грижата за здравето.

Вярваме, че този проект е естествено продължение на нашата мисия „Ние доставяме здраве“ с поглед и грижа към нашето бъдеще - децата.

Споделете ни за някоя Ваша лична кауза?

Наскоро се присъединих като ментор в седмия сезон на иновативната програма Mentor the Young. За мен да посветя част от личното си време, за да помогна на млади хора с амбиции, потенциал и мотивация, носи чувство на изпълнен дълг. Бих искал да окуража още бизнес лидери да се включат в този проект и заедно да развиваме талантите в България.

Профил

Проф. д-р Кирил **Карамфилов** е председател на Дружеството на кардиолозите в България, мандат 2024 – 2026 г. Проф. Карамфилов е началник на Клиниката по кардиология „Проф. Константин Чилов“ в УМБАЛ „Александровска“. Завършва медицина в Медицинския университет – София, през 2002 г. с пълно отличие и е удостоен със „Златен Хипократ“. Придобива специалности по вътрешни болести, кардиология, инвазивна кардиология и ангиология в периода 2003 – 2019 г. Преди Клиниката по кардиология на Александровска болница трупа опит в УМБАЛ „Св. Екатерина“ и „Аджибадем Сити клиник УМБАЛ Токуда“. Проф. Карамфилов има над 300 публикации, значителна част от които в списания с импакт фактор. Изнася лекции на множество научни форуми в страната и чужбина. Интересите му са основно в областта на острия коронарен синдром, комплексните интервенции, ендоваскуларното лечение, сърдечната недостатъчност и др. Дългогодишен член на управителния съвет на Дружеството на кардиолозите в България, като по време на XVIII Национален конгрес по кардиология през октомври 2024 г. стана председател на научното дружество, на което през 2022 г. бе избран за бъдещ председател. Републикански консултант по инвазивна кардиология, национален координатор на програмата „Стент за живот“.

Проф. д-р Кирил Карамфилов,
председател на Дружеството на кардиолозите в България

Сърдечно-съдовите заболявания в голяма степен протичат безсимптомно

Какви видове стентове съществуват и кога се налага да бъдат поставяни?

- Добър въпрос, чийто отговор е доста обстоен, но ще очертая основните положения. Когато дойде моментът за стент, трябва да са ясни индикациите за поставянето му, тъй като интервенционалното, медикаментозното и хирургичното лечение са трите възможности, когато е доказан съдов проблем на сърцето. Има ясно разписани правила, които ние спазваме.

Стентът представлява малък имплант, който служи за разширяване на стеснен съд. Типовете стентове са различни, но като цяло съвременните стентове, независимо от производителя, са с изключително добри показатели и в голяма степен дават сходни резултати. Някои са по-подходящи в определени ситуации, когато имаме калциране или лезии или когато има лезии, които трудно биха могли да се достигнат заради силно извити съдове. Има малка специфика и всеки инвазивен кардиолог е наясно във всяка ситуация кои импланти ще дадат малко по-добри резултати не само по отношение на поставянето, защото и при него има специфика, но и по отношение на по-дългосрочните резултати за пациента.

Често се случва при мен да дойде пациент, който казва „трябва да ми се сложи стент“. Аз преглеждам цялата документация. Още един път препотвърждавам индикациите за този тип интервенционално лечение и минавам по-подробно в дълбочина колко и кои съдове са засегнати, какъв стент да се постави. При по-простите случаи можем да решим едномоментно проблема, в по-сложните — да стентираме на няколко етапа.

Поставянето на стент е изключително индивидуализирано решение и трябва да се съобразят всички характеристики на пациента, да се разговаря с него, да се предложат възможности, защото винаги има повече от един вариант, и да се вземе общо решение на базата на изясняване на целия този комплекс от въпроси.

Какви са индикациите и съответно контраиндикациите за поставянето на стент?

- Индикациите са свързани с ограничаване на кръвотока в съда, тоест има стеснение и е доказано, че това стеснение не позволява тази зона да се кръвоснабдява адекватно. Има съдове, които са стеснени именно в тази, бих казал, сива зона, около 50–70%, и ние не сме сигурни дали всъщност това стеснение причинява недостатъчност на кръвообращението, дали спира кръвта да стигне до този участък. Тогава правим изследване, което измерва налягането преди и след стеснението. То е високоспециализирано, изключително прецизно, много точно и по напълно недвусмислен начин ни позволява да решим дали има необходимост да се предприема процедура или не.

Като застраховките за коли са по-скъпи за хората, които имат произшествия, така би трябвало да се променят и здравните осигуровки. Необходима е мярка, която да дисциплинира.

Контраиндикациите са няколко типа. Една от основните контраиндикации е невъзможността пациентът да приема лекарства, които разреждат кръвта. Ние поставяме чуждо тяло в организма и е необходимо да има известен период на адаптация. При съвременните стентове той е доста кратък, но все пак съществува и са необходими и такива лекарства. Другият сценарий е при твърде дифузни промени по съдовете, тоест всички съдове са покрити по цялата си дължина с плаки и стеснения. Тогава насочваме пациента за хирургично лечение.

Следващата възможност, която се среща при голяма група пациенти, е комбинираната патология — едновременно имат стеснение на съдове и клапни проблеми. Това важи за аортната клапа и ако не е възможно тя да се постави перкутанно, тоест с достъп само през артериите, пациентът се планира за операция, независимо че има стеснение на съдове. В този случай трябва да се направи операция, да се сложи байпас и да се коригира клапният порок. >48

Често се случва при мен да дойде пациент, който казва „трябва да ми се сложи стент“. Аз преглеждам цялата документация. Още един път препотвърждавам индикациите за този тип интервенционално лечение и минавам по-подробно в дълбочина колко и кои съдове са засегнати, какъв стент да се постави.

Ако пациентът дълго време е приемал терапия, ползвал е статини и въпреки това кръвното му налягане не е добре контролирано, не идва ли малко по-рано при вас?

- Коварното при сърдечно-съдовите заболявания е, че те в голяма степен те протичат безсимптомно. Рисковите фактори са отлагането на холестерол по съдовете, високото артериално налягане, повишените нива на кръвната захар, обездвижването и др. Всички те действат и докато не се стигне до момента, в който пациентът да има оплаквания, сърцето може да ги компенсира. То е изключително адаптивен орган и ние сме виждали пациенти с 99% стеснение без оплаквания. Разбира се, тях ги грози рискът от пълно запушване и внезапна сърдечна смърт, но от друга страна, това доказва, че сърцето може да се адаптира. Много голяма част от хората с такива дифузни промени са активни хора — планинари, редовно трениращи. Когато сърцето вече не успява да компенсира и се стигне до клиничните оплаквания, те идват при нас за диагностика и едва тогава разбират за проблема си.

За да не се стига дотам, разбира се, е необходима превенция. Но тя е възможна само при взето информирано решение от пациентите. Те трябва да са наясно какво може да увреди съдовете и въобще цялата сърдечно-съдова система.

Как могат да разберат, от изследванията по време на годишния профилактичен преглед ли?

- Имаме добра система и програма за профилактика. Не съм сигурен обаче, че тя се изпълнява по начина, по който е замислена. Прилича малко на изборите — всички сме длъжни да гласуваме, но каква част наистина спазват този свой ангажимент? Ние имаме много ясно разписана програма на каква възраст какви профилактични дейности се правят. Общопрактикуващите лекари се грижат за това добре, но ние самите някак си се губим и не се получава замисленото. Има добри практики, които бихме могли да въведем. За съжаление те са рестриктивни, тоест хората, които не изпълняват препоръките, би трябвало да имат по-високи здравни осигуровки, да имат някакъв мотив да се грижат за себе си.

Както застраховките за коли са по-скъпи за хората, които имат произшествия, така би трябвало да се променят и здравните осигуровки. Необходима е мярка, която да дисциплинира. Това, разбира се, е лично мнение, но след като отношението към собственото здраве не е достатъчно, трябва да съществуват мерки, които да дисциплинират хората. Ние, лекарите, правим това, което зависи от нас — разказваме, правим кампании, скъсяваме дистанцията, образоваме, изграждаме доверие. Сайтът на Дружеството на кардиолозите е изключително богат и при желание всеки може да се обучи допълнително. Много клиники по различни поводи организират дни на отворените врати и безплатни прегледи. Ние в „Александровска“ също правим Дни на отворените врати за хипертония, за предсърдно мъждене, за съдови болести и има много голям ефект върху здравето на участниците в тях.

Съвременните млади хора са два типа. Има малък процент, може би 5–6%, които са свръхзаинтересовани. Аз съм преглеждал пациенти, които идват с генетични анализи за рискови гени, със суперстрог диетичен режим, с лабораторни изследвания като на 15-годишни момчета и момичета, които следят с какво се хранят, колко се движат, носят смарт часовници, следят си статистиката на съня, на изминатите крачки дневно и пр. Останалите близо 95% са в другата крайност — те живеят живота си по доста неправилен начин. Те са най-укорими, защото информацията за здравословния начин на живот е много лесно достъпна, достига до тях, но не се приема. Защото е по-лесно да не правиш нищо. И тук идва въпросът със здравното възпитание и затова кардиологичното дружество залага много на кампанията „Седмица на сърцето“, която проведохме в училищата. Искаме децата да разберат в най-ранна възраст колко е важно да се грижат за своето сърдечно-съдово здраве и за това на близките си. Ние сме загубено поколение, което се е хранило с каквото има. Имаме и едно цяло загубено поколение на прехода. Но тези, които можем да възпитаваме, трябва да бъдат образовани и тук именно трябва да поставим акцента в работата си.

Интервюто взе Десислава Николова

Георги Младенов,
директор „Търговия и бизнес развитие“

SOpharmacy ще расте като международна концепция аптеки

Как се развиSOpharmacy през 2024 г.?
Ще започна с най-голяма стъпка за нас, а именно излизането на концепцията SOpharmacy за първи път извън пределите на България. В началото на октомври открихме първата си аптека в Белград, а няколко седмици по-късно придобихме 11 аптеки в района на Кралево, които поетапно започваме да интегрираме към концепцията ни. До края на 2024-а ще отворим поне още две аптеки в сръбската столица. Това е сериозен старт на международната ни експанзия, като се радваме, че потребителите на здравни услуги в Сърбия от самото начало ни възприемат добре, оценяват предимствата на физическите ни аптеки и цялостната интеракция и консултация с фармацевтите. Това пък е мотивация за екипа ни да продължаваме напред, за да пренесем всички елементи на нашия многоканален модел SOpharmacy на местния пазар.

Що се отнася за представянето на SOpharmacy на българския пазар, за първи път през втората половина на 2024 г. клиентите във физическите ни обекти надминаха 2 млн. души на месец, запазваме стабилен ръст на онлайн поръчките, а посетителите в sopharmacy.bg и SOpharmacy APP надминават 1 млн. месечно. Паралелно развиваме и услугите ни за клиенти и цялостното ниво на обслужване, като стартирахме пилотен за България проект за въвеждане на каси за самообслужване в аптека. А услугата ни „Проверка на наличност в аптека“ се използва от над 5000 души всеки ден, като им спестява време и усилия.

Годината ни донесе и още една добра новина, а именно, че SOpharmacy вече е сред топ 100 най-големи компании и работодатели в България, а само в сектор „Фармация“ сме на 7-о място.

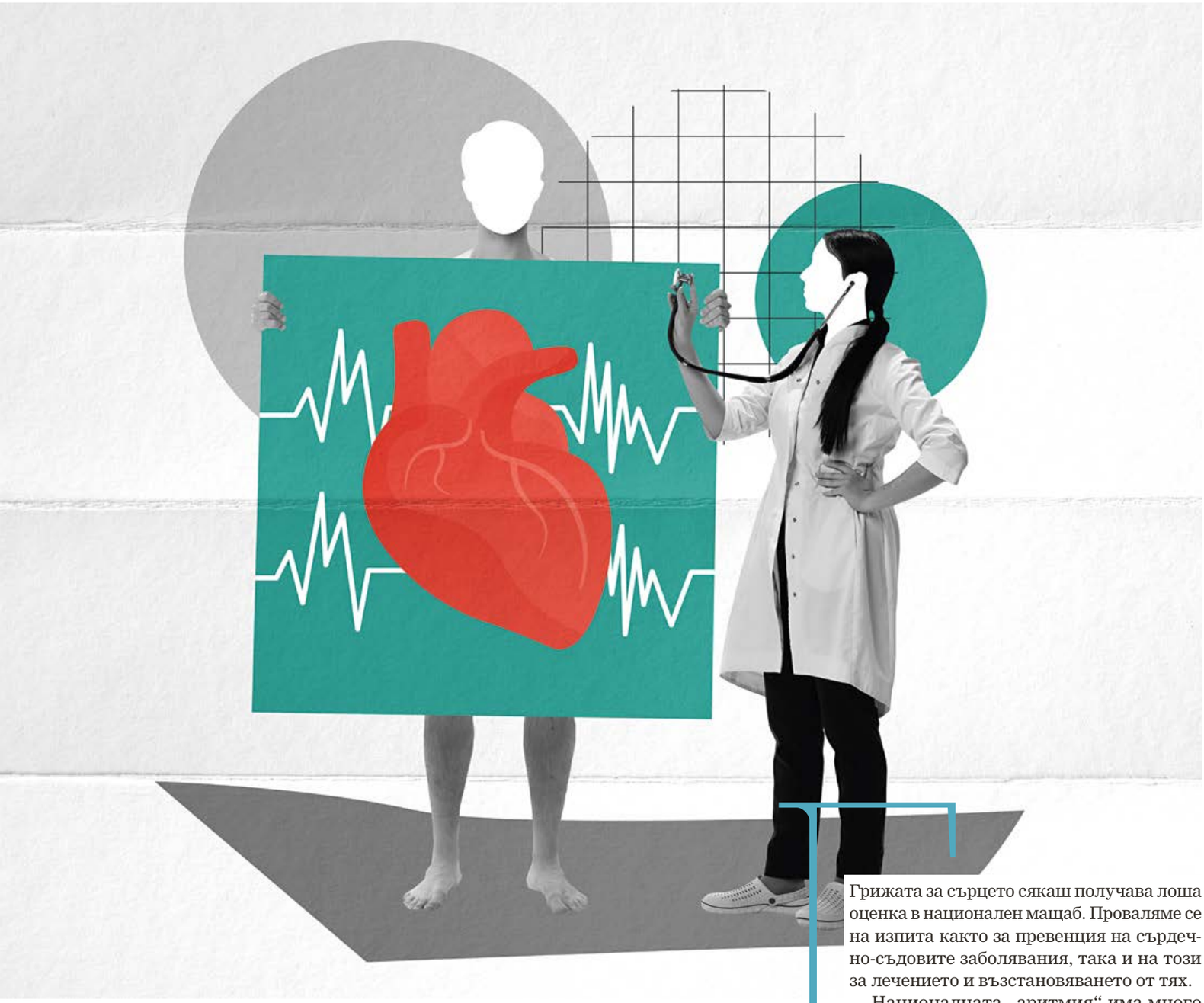
Възможна ли е наистина услуга за самообслужване в аптека?
Категорично да, но при стриктно спазване на законовия режим за отпускане на лекарствени продукти. Стартирахме пилотно с каси в 3 обекта в София, като през тях могат да бъдат закупени само продуктите от отворената, свободна за клиенти зона на SOpharmacy - продукти от категориите „Здравословен живот“, „Лице и тяло“, „Хигиена“ и „Мама и бебе“. От старта на проекта средно около 5% от посетителите избират да използват зоната за самообслужване и в зависимост от размера на кошницата им времето за покупка е между 1 и 3 мин. Това пък позволява на нашите фармацевти да отделят много повече време за комуникация и професионална здравна консултация. Интерес определено има, като през 2025-а планираме откриването на още 30 каси за самообслужване на национално ниво.

Извън България и Сърбия къде другаде ще видим концепцията SOpharmacy?
Все още е рано за конкретен отговор, тъй като обследваме различни възможности. Целта ни е да случваме международната си експанзия плавно и разумно, за да можем да гарантираме, че на всеки пазар, на който името SOpharmacy присъства, клиентите ще получават същото качество, услуги и добавена стойност, както тук, в България. През следващата година планираме да растем на национално ниво в Сърбия. Разглеждаме като пазар и Беларус, където компанията ни майка „Софарма Трейдинг“ вече има операции.

Догодина SOpharmacy става на 10 години - какво да очакваме?
Няма да издавам много, но вече активно работим по темата. Още от януари 2025 г. клиентите ни ще видят една нова посока на комуникация на SOpharmacy. Тази година минахме през процес на избор на нова комуникационна агенция и съм щастлив, че ще посрещнем 10-ата ни година с нова, цялостна комуникационна платформа.

ПРОФИЛ

ГЕОРГИ МЛАДЕНОВ е част от SOpharmacy от създаването на концепцията, като отговаря за всички търговски и маркетинг операции, портфолиото от продукти, както и развитието на нови услуги. Във фокуса му попада и международната експанзия на SOpharmacy, като със своя екип работи за мултиплицирането на концепцията на всички пазари, на които брандът присъства или ще навлиза.



Shutterstock

Как да опазим сърцето

Терапията трябва да е индивидуализирана, за да е ефективна

Ефтика Георгиева

Грижата за сърцето сякаш получава лоша оценка в национален мащаб. Проваляме се на изпита както за превенция на сърдечно-съдовите заболявания, така и на този за лечението и възстановяването от тях.

Националната „аритмия“ има много причини — както индивидуалните ни вредни навици, така и недомислия в здравната система.

Кардио образование още в училище

„В България е необходима борба за промяна на манталитета и тя трябва да започне още в детска и училищна възраст“, казва д-р Иван Груев, професор по кардиология в Националната транспортна болница.

Дружеството на кардиолозите се обръща към младежите с посещения на специалисти за здравни беседи в училищата. „Инициативата се посреща много добре и се надяваме да продължи да се осъществява и в бъдеще. Още повече че имаме и меморандум за сътрудничество със Столичната

Профил

Д-р Иван **Груев** е професор по кардиология в Национална многопрофилна транспортна болница „Цар Борис III“. През последните две години е бил научен секретар на Дружеството на кардиолозите в България. Вече е избран за бъдещ негов председател, като ще поеме мандата през 2026 г. Дълги години е председател на работната група по превенция и рехабилитация към Дружеството на кардиолозите. Един от малкото специалисти по спортна кардиология и спортна физиология в България.

община, като едно от нещата, които със сигурност ще бъде заложено в съвместната работа и програма, е именно по-активно промотиране на здравословен начин на живот в училищата. Трябва да започнем от там“, казва проф. д-р Иван Груев.

Българите са „първенци“ по тютюнопушене в ЕС, а на континента ни конкурират само Сърбия и Турция. „За съжаление, пушенето, особено благодарение на модерните електронни устройства, отново започва в училищна възраст сред 15-годишните. Според проучвания на Министерство на здравеопазването между 20 и 30% от тях пушат, което е изключително обезпокоително, защото това създава следващо поколение от пристрастени, които ще генерират здравни проблеми“, прогнозира проф. д-р Иван Груев. Допълва, че другият голям проблем в училищна възраст е затлъстяването — с наднормено тегло и затлъстяване са около 60% от децата. Според кардиолога това означава в следващите десетилетия още повече сърдечно-съдови болести, и то в по-млада възраст. „Проблемите наистина трябва да се адресират комплексно и да се обръща внимание не само на терапията, но и на промяната в начина на живот“, категоричен е проф. Груев.

Оценката на сърдечно-съдовия риск

Всички мъже над 40-годишна възраст и жени над 50 подлежат на оценка на сърдечно-съдовия риск веднъж в годината.

„За съжаление, до голяма степен това се прави формално, защото от това не следват никакви превантивни действия по отношение на промяна на начина на живот, коригиране на рискови фактори, каквито най-често са хиперлипидемия, хипертония, захарен диабет, затлъстяване“, казва проф. д-р Иван Груев.

Спирането на тютюнопушенето и увеличаването на физическата активност са прости, ясни и утвърдени ползи, които ако се прилагат масово, биха довели до много добри резултати.

Проблем е и че в софтуера на общопрактикуващите лекари, на които е вменена тази функция, е заложена стара система, която от няколко години вече не е актуална. „В европейските препоръки е посочена SCORE 2 (Systematic Coronary Risk Estimation, или Система за количествена оценка на коронарния риск), която е доста по осъвременена, но за съжаление, тя не е заложена в софтуера на нашите общопрактикуващи лекари“, казва проф. д-р Иван Груев.

Проект на Дружеството на кардиолозите в България цели да интегрира поне в програмата „Хипократ“ тази SCORE 2 система, за да могат да я използват общопрактикуващите лекари. Засега този проект е в развитие, защото се нуждае от технически съпорт и от финанси. „Мисля, че ще успеем да го реализираме, но той ще бъде само за информация и за справка, защото НЗОК задължава общопрактикуващите лекари да използват софтуер, който не е актуален вече 3–4 години в Европа“, добавя професорът.

Задължителното познаване на симптомите

Задължително първо трябва да познаваме симптомите на сериозните сърдечно-съдови заболявания. „Симптомите на острия миокарден инфаркт и на мозъчния инсулт трябва да се познават от всички, за да може максимално бързо да се потърси спешна медицинска помощ. Защото най-ефективно е лечението на острия миокарден инфаркт в рамките на първите 6 часа от началото на симптомите, а за инсулта т.нар. златен прозорец е още по-кратък — в рамките на 4 часа“, подчертава проф. д-р Иван Груев.

Изключително важно е бързо разпознаване на симптомите, бърза реакция, бърз транспорт до съответното компетентно здравно заведение, което може да осъществи съвременното лечение на тези заболявания. „По отношение на инфарктите има много голямо покритие на здравни заведения, но центровете за лечение на инсултите са твърде малко и още по-малко са тези, които работят наистина ефективно — 24 часа 7 дни в седмицата“, казва специалистът. След като е преодолян този остър момент, следва вече продължителното лечение и рехабилитация на болните. „Защото поставянето на стент в коронарните артерии не лекува дефинитивно исхемичната болест. То спасява от острия миокарден инфаркт, но оттам нататък е необходима рехабилитация. Необходим е системен доживотен прием на медикаменти, които предпазват от повторни подобни инциденти, тоест необходима е вторична превенция и ефективна рехабилитация“, подчертава кардиологът.

Терапията е индивидуална и често – до живот

„Има европейски препоръки, които посочват какви са основните групи медикаменти, които носят ясни и категорични >52

Един от основните проблеми е, че в рамките на една година 50% от пациентите просто спират своето лечение. Поне за една част от медикаментите, които приемат, а някои – за всички.

ползи. Терапията е винаги индивидуална, защото трябва да е съобразена с профила на пациента – с неговите придружаващи заболявания, с неговата хемодинамика, показатели, стойности на кръвно, на пулс и с поносимостта му към прилаганите медикаменти“, казва кардиологът. Съществуват общи схеми за всички болни, но терапията трябва да е индивидуализирана, за да е ефективна. „И също така трябва да бъде ясно обяснено на пациента, че тази терапия в повечето случаи продължава до живот, за да се избегнат следващи сърдечно-съдови инциденти“, подчертава специалистът. И недоумява защо в България отсъства както идеята за първична превенция, така и за вторична. „Ефектът на уплахата от реализиран сърдечно-съдов инцидент продължава около една година. След това придържането към терапията и към препоръките на специалистите отново спада доста драстично“, споделя проф. д-р Иван Груев.

Наблюдението от кардиолог

В сегашната структура на здравеопазването пациентът в рамките на месец след дехоспитализацията има право на два контролни прегледа в центъра, в който е извършена интервенцията. „След това повечето пациенти попадат отново в сферата на грижите на общопрактикуващите лекари, които са много затруднени заради липсата на време и на направления към специалисти“, споделя проф. д-р Иван Груев.

Той съветва в рамките на първата година след сърдечен инцидент пациентът поне още два-три пъти да бъде видян от компетентен специалист. Това е необходимо, за да може правилно да се модулира терапията, да се определи нивото на физически усилия, които да се увеличават постепенно под лекарски контрол.

Един от основните проблеми е, че в рамките на една година 50% от пациентите просто спират своето лечение. Поне за една част от медикаментите, които приемат, а някои – за всички. Така че много е важно да се напомня и да се проверява дали взимат лекарствата. И не само в рамките на първата година, но и по-нататък. „Ако състоянието на пациента е стабилно след първата година, и два пъти в годината да бъде преглеждан от кардиолог може да бъде достатъчно. Но в първата година трябва по-внимателно наблюдение, защото това е периодът, в който най-често се получават и повторни сърдечни събития“, предупреждава специалистът.

„За съжаление, голяма част от пациентите четат публикации, които нямат медицински бекграунд и предоставят невярна информация. Например в България много широко е застъпена негативната нагласа към статините, а това са медикаментите, които са основни в терапията на сърдечно-съдови заболявания и в рамките на първичната превенция. Те са с най-много доказателства за продължителен ефект, който се простира далеч отвъд понижаването на холестерола“, коментира кардиологът.

„Ние сме съветници. Не можем да сме ежедневно с пациента, да правим менюто и да следим дали си приема лекарствата ежедневно. Ако имаме добър диалог и доверие, терапията ще е доста по-успешна“, подчертава проф. д-р Иван Груев. Добавя, че ще е хубаво да има повече време за общуване между лекар и пациент и заложеното от здравноосигурителната каса не е достатъчно. „Трябва да се помисли колко време имаме да общуваме с пациентите и как е остойностен трудът на медицинските специалисти и персонал“, посочва кардиологът. И дава за пример обидно ниското заплащане например за дейности от типа на ехокардиография, велоергометри или холтер, защото те са остойностени на 20 и под 20 лева, което не отговаря на квалификацията, на оборудването и на времето, което се отделя за тяхното извършване.

Физическата активност и храната като лечение

Физическа активност според възможностите, спиране на тютюнопушенето и правилно хранене. Всички тези компоненти са изключително важни.

„Още Авицена е казал, че физическата активност може да замени много лекарства, но никое лекарство не може да замени физическата активност“, припомня кардиологът. И съветва нивото на базова физическа активност да бъде оценявано в рамките на третия месец след миокардния инфаркт например. Необходимо е да се направи тест с натоварване. В идеалния случай – кардио-пулмонален тест, но в България се прави в изключително малко центрове и е трудно осъществимо. „Дори и обикновен тест с натоварване на велоергометър и компютър може да ни ориентира по колко може да се натоварва, доколко има някаква симптоматика, промени в кардиограмата, как се движат пулсът и кръвното налягане“, казва специалистът. И на базата на анализа на тези показатели, като се съобразят с възрастта, килограмите и навиците, да се дадат препоръки за физическа активност в ежедневието.

Добър помощник за контрола на безопасно и същевременно полезно ниво на физическа активност са смарт часовниците и електронните устройства.

Препоръките за хранене са диета, близка до средиземноморската, богата на фибри, на сурови плодове и зеленчуци, зехтин вместо другите хидрогенирани мазнини, консумация на риба, на бобови растения. Трябва да се избягват червените меса, концентрираните въглехидрати и захари.

Забравената рехабилитация

„Рехабилитацията на практика е забравеното дете на нашата болнична помощ. Формално има така наречени клинични пътеки за рехабилитация, но те са със сложен алгоритъм за изпълнение, изискват много специалисти физиотерапевти и кардиолози“, казва професорът. Същевременно са с по-голяма продължителност и са остойностени лошо. Според него мотивацията за тяхното изпълнение, освен ако не се въведат някакви вратички за допълнително доплащане, което пък товари финансово пациентите, е доста ниска. „Единствената клиника с традиции, останала в България или поне в София, със сигурност беше към Националната кардиологична болница, Клиниката за рехабилитация в Банкя, но по време на ковид беше затворена. Правят се опити за възстановяване на дейността ѝ, но една клиника не е достатъчна. Според специалиста трябва да се преосмисли цялата концепция за рехабилитацията и финансирането ѝ. И именно тези съвети за извънболнична рехабилитация трябва да бъдат заложени в програмата при изписването на хоспитализираните пациенти с остри коронарни синдроми или сърдечна недостатъчност например. А всичко това означава време, средства и персонал, които липсват в здравната система. **К**

Доц. д-р Васил Трайков, дм,
началник на Отделение по инвазивна електрофизиология и кардиостимулация, Acibadem CityClinic, УМБАЛ „Токуда“

НЗОК покрива голяма част от медикаментозни и немедикаментозни методи за лечение на сърдечната недостатъчност

ПРОФИЛ

ДОЦ. Д-Р ВАСИЛ ТРАЙКОВ е кардиолог и водещ специалист в областта на инвазивната електрофизиология. Професионалният му опит обхваща многогодишна практика като инвазивен електрофизиолог, в която той успешно прилага най-съвременните методи за лечение на предсърдно мъждене, предсърдно трептене и други ритъмни и проводни нарушения. Има редица научни публикации в престижни международни списания. Неговите научни интереси включват изследвания в областта на катетърната аблация при предсърдното мъждене и камерни тахиаритмии.
Доц. д-р Трайков е член на Българското кардиологично дружество, Европейската асоциация по ритъмни нарушения (EHRA) и Европейското кардиологично дружество (ESC). В периода 2022 - 2024 е председател на Дружеството на кардиолозите в България, а от 2016 до 2022 е председател на Съсловното сдружение по кардиостимулация и електрофизиология в България.

Какво представлява сърдечната недостатъчност и на какъв етап от страданието на сърцето и съдовете се появява?

Сърдечната недостатъчност представлява състояние, при което сърцето не успява да осигури достатъчен сърдечен дебит, за да отговори на нуждите на организма. Това състояние е резултат от друго подлежащо сърдечно-съдово заболяване, като например исхемична болест, артериална хипертония, клапни заболявания и др.

Какви са нейните симптоми? До какво може да доведе?

Основните симптоми на сърдечната недостатъчност са умора при физически усилия, задух при физическо натоварване или в покой. В някои случаи пациентите могат да имат оплаквания при заемане на легнало положение. Ако сърдечната недостатъчност не бъде лекувана, тя може да доведе до тежки усложнения като бъбречна недостатъчност, чернодробна дисфункция, животозастрашаващи аритмии. Естествено, изявата на сърдечна недостатъчност е свързана и със значимо влошаване на качеството на живот.

Как се диагностицира и какви възможности имате за съвременното й лечение? Покрива ли ги НЗОК?

Освен анамнезата и клиничният преглед в днешно време инструменталните и лабораторните изследвания заемат централно място в диагностиката. Тук спадат методики като електрокардиографията, ехокардиографията и серумните нива на натриуретичните пептиди, които служат както за диагностика, така и за оценка на ефекта от лечението.

Лечението на сърдечната недостатъчност е комплексно и включва медикаменти и немедикаментозни методи. В полето на медикаментозната терапия настъпи революция в последните години с въвеждането на няколко нови класа медикаменти, които сериозно повлияват симптоматиката и подобряват преживяемостта. От немедикаментозните методи значимо място заемат сърдечната ресинхронизираща терапия, устройствата за превенция на внезапната сърдечна смърт, нехирургичните техники за смяна на аортна клапа и пластика на митралната клапа, както и кардиохирургичното лечение. За щастие, НЗОК покрива повечето медикаментозни и немедикаментозни методи за лечение на сърдечната недостатъчност. В някои центрове все още се налага доплащане за някои от устройствата за превенция на внезапната сърдечна смърт. Има и нужда от значителна оптимизация на програмата за лечение на напреднала сърдечна недостатъчност и сърдечна трансплантация.

По какъв начин пациентът може сам да подпомогне процеса на лечение?

Разбира се, лечението не е ефективно без активното участие на пациента, който трябва да осъществи значими промени в стила си на живот - да намали приема на готварска сол, да елиминира вредни навици като тютюнопушене и употреба на алкохол. Важно е и придържането към предписаната терапия, както и редовното проследяване на симптомите.

Какви са следващите стъпки за пълното приемане на Националния кардиологичен план, които ще предприемете?

Дружеството на Кардиолозите в България започна инициатива за създаване и въвеждане на Национален план за сърдечно-съдово здраве. В последните два мандата по този въпрос се направи много, но предстоят и още стъпки. Според нас непосредствената следваща стъпка е да се създаде работна група, която да финализира този документ. Тук очакваме от институциите да поемат инициативата за това, имахме разговори, които са позитивни, и се надяваме, че скоро и тази група ще бъде факт.

Академик проф. д-р Иван Миланов,
председател на Българското дружество по неврология

Мозъкът трябва да се упражнява

Как стареe мозъкът?

С възрастта всички органи остаряват, това е неизбежно събитие. За съжаление, процесът на стареене започва в една много млада възраст. Той започва след 25-годишна възраст. Ние виждаме стареенето по промените върху кожата и бръчките, това е видимо. Но не можем да видим промените във вътрешните органи, а мозъкът старее заедно с всички други органи, при кой по-бързо, при кой по-бавно. Говорим за нормално стареене след някаква възраст, без човек да страда от някакви болести. Нормалното стареене се случва на възраст, различна за всеки човек, но по мои наблюдения след 70-годишна възраст при повечето хора започват да се появяват леки паметови проблеми, които са нормални. В интерес на истината много хора се притесняват от тези промени, но те са процес на нормално стареене. Например по-трудно изваждаш от паметта името на някой човек. Въпросът към себе си за някой познат — „как му беше името“, „кой беше този човек“, е един от първите симптоми. Колкото по-дълго живее човек, вероятността тези промени да се засилят е по-голяма. А това далеч не означава, че всички тези хора ще развият Алцхаймер. Защо го казвам? Защото много от моите пациенти, които идват на консултация, се притесняват, когато започнат тези промени, и ме питат дали ще развият Алцхаймер. Да, има възможност да развиете, разбира се, но в общи линии Алцхаймер като болест започва в малко по-ранна възраст, някъде след 60-годишна.

В България има един друг проблем. Българинът е много безстрашен по отношение на лечението на високото си кръвно налягане, с ирония го казвам. Когато задам въпроса имаш ли високо кръвно налягане, пациентът ми отговаря: „Докторе, имах, ама го излекувах.“ Само че всички знаем, че то няма как да се излекува. Цял живот пиеш лекарства, но има много хора с установено високо кръвно налягане, които приемат лекарства, кръвното се нормализира и те решават, че то вече им се е оправило завинаги и спират лекарствата. А има други пък, които въобще не смятат, че високото кръвно налягане е нещо чак толкова важно. Какъв е резултатът от всичко това? Резултатът е, че мозъкът се увреждa сериозно и всъщност ние по-често се срещаме с тези проблеми, отколкото с проблемите на нормалното стареене. А при пациенти с недостатъчно добре лекувано кръвно налягане и евентуално възрастов диабет нещата стават още по-сложни, тъй като започва едно увреждане на мозъка. Това увреждане протича безсимптомно на пръв поглед, защото то не води до нарушенията, които предизвиква един мозъчен инсулт. При него има някаква парализа на крайниците, нарушения в речта, той се вижда веднага. Тук няма такова нещо. Тук започва едно бавно или малко по-бързо оглупяване. Когато лекар погледне мозъка на такъв човек на магнитен резонанс или на скенер, го вижда изпъстрен с бели петна. Най-простичко казано, което ние наричаме това мултиинфарктна енцефалопатия, тоест множество минимални инфаркти на мозъка, които нямат никаква клинична проява, но те водят до така наречените когнитивни нарушения. За съжаление, този вид стареене на мозъка е патологичен. И скоро идва един момент, в който близките на пациента констатират, че той „до вчера си беше добре, днес не може да разбере къде е и не знае коя година сме“. Да, това е така, защото поредното малко петънце в мозъка е довело до декомпенсация и вече се развива една, както я наричаме ние, съдова деменция. Тази съдова деменция е последствие най-често на недобре лекувано кръвно налягане. За съжаление, в годините много усилия сме полагали съвместно с колеги кардиолози да огpамотим хората да лекуват високото кръвно налягане. Не бих казал, че резултатите от нашите опити са блестящи, защото все още има много хора, които не си контролират достатъчно кръвното налягане. Тук идва мястото на другия проблем, който често ми прави впечатление след зададен въпрос за високото кръвно налягане. Тук идва групата пациенти, които си пият лекарствата, но не контролират заболяването с тези лекарства, дали защото те не снижават кръвното налягане до необходимите стойности, дали защото лекарствата са недостатъчни, дали защото терапията е неадекватна.

Така че, ако говорим за профилактика на мозъчно стареене, на първо място бих казал — контрол на рисковите фактори — високо кръвно налягане, диабет, нарушенията в сърдечния ритъм. Невинаги пациентът може да усети тези нарушения. Неслучайно в часовниците Apple вградиха функция за проследяване на сърдечния ритъм, което ме

снимка Надежда Чипева

кара да мисля, че това е световен проблем.

Има ли и други рискови фактори?

Четвъртият рисков фактор е, разбира се, тютюнопушенето. Това категорично е доказано. Има много легенди за тютюнопушенето, но това, което е сигурно, е, че то не се отразява добре на кръвоносната система и на кръвоснабдяването на сърцето и мозъка. Следващ, с по-малко значение за мозъчното здраве рисков фактор, е затлъстяването. Така че ние можем да предпазим мозъка с профилактика на тези рискови фактори. Ако успеем да осъществим една адекватна профилактика, вероятно можем да доживеем до 100 години и вероятно към 100-ата година няма да бъдем съвсем добре когнитивно.

Има ли упражнения, които да предпазят мозъка от оглупяване?

Мозъкът трябва да се упражнява. Упражняването на мозъка не е да гледаш телевизия, това е ясно. Най-доброто упражнение за мозъка е да започнеш да изучаваш нещо ново. Един от моите професори започна да изучава компютри на 70-годишна възраст и се научи великолепно. Човек може да овладее чужд език или друго умение и знание, което му е интересно. Упражняването на мозъка изисква да го поставиш пред определени трудности. Много често >56

Профил

Академик проф. д-р Иван **Миланов**, дмн, е изпълнителен директор на Университетска болница за активно лечение по неврология и психиатрия „Св. Наум" – София, от 2001 до 2010 г. и отново от 2012 г. до момента. Той работи в университетската болница от 1988 г., като междувременно изпълнява длъжността заместник-ректор на Медицинския университет – София, и заместник-министър на здравеопазването. Академик Миланов има клинична специалност по неврология, социална медицина и здравен мениджмънт, специализирал е двигателни нарушения в Канзаския университет – САЩ, и е специализирал лечение на главоболие в Университета на гр. Павия – Италия. Академик Миланов е доктор на медицинските науки от 1997 г., професор по неврология от 2001 г., през 2012 г. е избран за член-кореспондент на БАН, а през 2015 г. – за академик. Председател е на Българското дружество по неврология, Българското дружество по главоболие и болка, Българската асоциация по двигателни нарушения и множествена склероза, Българската асоциация по клинична електромиография, заместник-председател на Българската асоциация по невропротекция и невродегенерация. Член на борда и касиер на Европейското дружество по главоболие (EHS), представител на България в Европейската федерация на неврологичните дружества (EFNS) и Световната федерация по неврология (WFN), член на съвета на Европейския комитет за лечение и проучвания на множествената склероза (ECTRIMS), член на Нюйоркската академия на науките (NYAS), Международната асоциация за изучаване на болката (IASP), Международната асоциация за двигателни нарушения (Movement Disorders Society).

пациентите казват, че решават кръстословица или судоку. В никакъв случай това не е лошо, но не е достатъчно. Необходимо е обаче някакво по-сериозно предизвикателство. Ние, занимаващите се с медицина, сме облагодетелствани, защото професията ни е такава, че четем непрекъснато новостите в медицината.

Проблемите обаче започват, когато човек се пенсионира. Докато ходи на работа, това поставя определени предизвикателства пред него, каквато и да му е работата. Когато се пенсионира, човек остава някак изолиран от предизвикателствата пред мозъка и трябва сам да си ги намери. Това е изключително важно.

Какво се случва с невронните връзки, с цялата интелигентност, придобита през целия живот?

Те играят своята роля — колкото си по-интелигентен, толкова по-бавно ще се развият когнитивните нарушения. Един човек с недостатъчно развити невронни връзки по-бързо ще развие когнитивните нарушения от друг човек, който е по-високо интелигентен, по-високообразован. Въпреки всичко познавам много интелигентни хора с Алцхаймер и Паркинсон, което все пак не е нормално стареене. Тези две болести са в групата на невродегенеративните заболявания, при които по определени причини, неизвестни на нас, в мозъка се развива изборно загиване на определени неврони. При Паркинсонова болест — в една област на мозъка, при деменцията — в друга област на мозъка. Да не говорим, че има много пациенти с паркинсонизъм, които развиват и деменция, и обратното — с деменция, които развиват и паркинсонизъм. Това е единен процес на дегенерация. Не знаем защо настъпва. За съжаление, още сме далеч от знанието какво кара тези неврони, и то изборно, определена група неврони да почнат да загиват. Вероятно има някакъв медиатор в мозъка, който по някаква причина липсва, но за съжаление, не мисля, че сме много близо до решаването на тази задача. Все пак вероятно става дума за генетично предразположение. При Паркинсоновата болест например са доказани около 14 гена, които сочат наследственост. Наследствената Паркинсонова болест започва преди 50-годишна възраст, докато другата Паркинсонова

Колкото по-интелигентен е един човек, толкова по-бавно ще се развият когнитивните нарушения. Ако няма достатъчно развити невронни връзки, деменцията ще се случи по-бързо.

болест, при която привидно не откриваме или не можем да открием наследственост, започва обикновено към 60 и малко след 60-годишна възраст. Ако човек с развита Паркинсонова болест живее достатъчно дълго, той ще развие деменция. Това на мен лично ми говори за общ невродегенеративен процес.

Нормално застаряващият човек не е заплашен от него. Профилактика явно няма. Специално за невродегенеративните заболявания хората не развиват Паркинсон, докато пушат цигари. Никой не може да разбере защо това се случва, но има над 80 проучвания, които доказват, че докато пациентът пуши, но само докато пуши, той няма да развие невродегенеративно заболяване. След като спре да пуши, рискът от възникване на заболяването се изравнява с този при непушачите. Като че ли нещо от вредните вещества, отделяни от цигарите, предпазва мозъка. Много често пациенти ме питат дали ако сега започнат да пушат, това ще промени хода на заболяването, но отговорът е „не“.

Разбира се, аз никого не съветвам да пуши. Навремето с моя професор се шегувахме, че с тази рецепта пациентът видно няма да умре от Паркинсон, но ще умре от всички останали заболявания, свързани с тютюнопушенето.

Оказа се, че теориите за появата и лечението на болестта на Алцхаймер се провалиха.

Да, провали се цялата концепция, разбирането ни за болестта, а не толкова конкретните медикаменти. Става въпрос за едни отлагания, които се наричат телца на Леви, субстанции от патологично нагънати протеини в невроните. Те най-напред се установяват не в мозъка, а в гастроинтестиналния тракт и в ядрата на нервите, които са свързани с обоняние и с вкус, и оттам някак си те преминават от клетка в клетка, стигат до мозъка и предизвикват Паркинсонова болест. Това отнема един период от 20 години. Учените не можаха да докажат дали тези телца на Леви са последица от Паркинсонова болест, или те са причина за Паркинсонова болест. Същото се получи и при болестта на Алцхаймер, свързано с друг вид протеини. Всъщност знае се, че лекарствата, които се провалиха, изчистиха тези протеини от мозъка, но това не доведе до нищо. Така че мисля, че в тази област, за съжаление, сме доста далеч от истината, ако не се появи някакво епохално откритие. За разлика от множествената склероза.

Тя като че ли се превърна в хронична болест.

Аз съм свидетел на развитието на диагностицирането на множествената склероза от времето, когато гадаехме дали пациентът има множествена склероза или не, защото нямаше магнитен резонанс. Започнахме да разбираме каква е диагнозата, защото пращахме пациентите в Гърция на изследвания. После при нас също въведохме ЯМР. Само че нямаше лечение на МС и съм си мислил, че никога няма да има лечение, а в момента има 13 регистрирани медикамента в България, в чужбина, мисля, са общо 15, за лечение на множествена склероза. Преди да се появи това лечение, което е огромна стъпка напред, пациентите много по-бързо се инвалидизираха. Да, сега не сме ги излекували напълно, но инвалидизация настъпва след 15 години, което превръща МС в едно хронично заболяване. Ако сега отворя собствения си учебник по неврология, вероятно ще се смея с глас, защото за 30 години неврологията израсна коренно от позицията на много изостанала наука. Като казвам изостанала, имам предвид не само че нямаше лечение за основни състояние, а че дори нямаше яснота в самото обяснение на болестите. През всички тези години неврологията претърпя една огромна еволюция и аз се надявам, че ще продължим да бъдем свидетели на още по-силни еволюционни процеси в разбирането на нервните болести, тяхната диагностика и лечение.

Интервюто взе Десислава Николова

Доц. д-р Десислава Богданова,
МБАЛНП „Св. Наум“, Медицински университет - София

Отвъд болката: Преосмисляне на стигмата върху хората, страдащи от мигрена

Доц. Богданова, темата за менталното здраве в съвременното общество е все по-актуална. Като мамепредвдпов шаващата се нформ раност, доколкоможем да говорм за дскрм нац я ст гма върху хората, страдащ отм грена?

Според проучване от 2024 г., разработено от Европейския алианс за мигрена и главоболие (EMHA), хората с мигрена се сблъскват с негативни, пренебрежителни и нетолерантни нагласи в обществото. Те се чувстват дискриминирани във всички аспекти на ежедневието си, крият състоянието си от страх за своето професионално развитие, а 35% от тях избягват търсене на медицинска помощ поради смущение и страх от пренебрежение. Мигрената е свързана със стигма повече, отколкото заболявания като деменции, Паркинсонова болест, инсулти.

Данн месточат, чем грената е една от най-съществен тепр ч н за увреждане пр хора под 50-год шна възраст е на първо място сред жен те. Какво трябва да знаем за м грената? Ко са най-чест - те с мптом на зявата й?

Мигрената е първично главоболие, в мозъка не се открива причина. Понякога се предхожда от аура - най-често промени в зрението, изтръпвания, смутен говор. То е силно, пулсиращо, едностранно, с гадене, повръщане, продължава от 4 до 72 часа. Човек не може да продължи работата си, дразни се от шум и светлина. Предпочита да се изолира в тъмна и тиха стая или да заспи. Появява се в млада възраст, страдат и деца. Боледуват повече жени, но мъжете не са пощадени. Хората с мигрена не могат да разчитат на себе си, не могат да правят планове, страхуват се да не получат главоболие във важен момент. Силно страда качеството на живот - на самите тях, но и на тяхното семейство.

На база на богат я В професионален оп т, моля, дайте няколко ценн съвета на ч тател те, касаещ д агност ц рането лечен ето на м грената, а също няко насок за промяна в нач на м на ж вот.

Ключово за избора на лечение е поставянето на диагноза от невролог, който да прецени симптомите, провокиращите фактори, придружаващите заболявания, особеностите на живот и работа при конкретния пациент. Особено важни са т.нар. „червени знамена при главоболие“ - поява след 5-ото десетилетие, промяна в характера на болката, необичайно силно и пронизващо главоболие, поява на неврологични симптоми като слабост на ръка или крак, температура, промяна в съзнанието, раково заболяване и други. При тях е абсолютно задължително образно изследване на мозъка - скенер или магнитен резонанс, за изключване на друго основно заболяване, застрашаващо живота, при което главоболието е вторично.

„Мигрената е една от водещите причини за увреждане при хора под 50 години и засяга повече жени, като силно влошава качеството на живот – както на самите пациенти, така и на техните семейства.“

ПРОФИЛ

ДОЦ. Д-Р ДЕСИСЛАВА БОГДАНОВА е началн к кл н ка в МБАЛНП „Св Наум“. Завърш ла е Мед ц нск ун верс тет - гр. Соф я, през 1992 г. Нос тел е на награда за млад учен „Акадек к д-р Асен Хадж олов“ на Мед ц нск факултет - Соф я, за 2002 г., награда Kauchtschischvili на Fondazione Cirna - Център за научн разработк в невролог ята, Итал я, 2004 г.

Има фактори, които активират главоболието - някои храни, зрели сирена, червено вино, шоколад, стрес, безсъние или прекален сън, светлини, миризми, промени на времето. Обикновено пациентите ги разпознават и избягват. Важно е спазването на здравословен начин на живот, работа, сън и почивка.

Лечението бива остро, при пристъп, и профилактично, за предотвратяване на пристъпите. И за двата типа лечение са създадени нови специфични медикаменти за мигрена, в различни лекарствени форми - като таблетка, спрей, инжекция, свещички, пластири. През последните години част от тези нови медикаменти са налични в България, но за съжаление не се заплащат от НЗОК. Те са с благоприятно съотношение полза-риск, но са скъпи и не всеки български пациент може да си ги позволи. В нашата клиника за профилактика използваме и някои по-прости, но много ефективни методи, които могат значимо да намалят пристъпите за няколко месеца.

Shutterstock

Болничната реформа в Германия – да бъде или да не бъде?

Промяната не е изненадваща на фона на натрупаните от години проблеми

Андрей Младенов

Наскоро федералният министър на здравеопазването в Германия Карл Лаутербах заяви в интервю по едно национално радио, че болничната система в страната е една от най-скъпите в света и същевременно – изключително неефективна. В контекста на предлаганите от него реформи в сектора това изявление звучи напълно разбираемо. Същевременно онези наши сънародници, които са имали възможността да се лекуват в болница в Германия, биха повдигнали учудено вежди. При тази невероятно добра материална обезпеченост и на фона на състоянието на родната болнична помощ напира въпросът: „Щом там не вървят нещата с болниците, тогава къде изобщо?“

Какви са проблемите

Един приятел и дългогодишен колега често се шегуваше над всяка недомислица в родното здравеопазване с култовото „Why, бе джанъм?“. Всъщност поне в Германия има защо.

Спомням си моята специализация като млад хирург в общинска болница със статус на асоциирана към Медицинския университет в Кьолн. Още тогава, в средата на 90-те години, се заговори за икономии, бюджети за лечение, ограничаване на персонала и пр.; 30 години по-късно проблемите и реториката не са много различни, но е безспорен факт, че германското здравеопазване претърпя сериозен прогрес оттогава, успоредно обаче с натрупване на нови и стари проблеми.

В началото на годината д-р Лаутербах, чието име изгря на политическата сцена покрай COVID пандемията, обяви обхватна реформа в болничния сектор. Новината не беше изненадваща на фона на натрупаните от години проблеми. В публичното пространство веднага зазвучаха скептични гласове, че реформата е много закъсняла, промените са на парче и фактически няма планове за закриване на нерентабилни болници.

Наскоро публикуван материал в авторитетното издание „Франкфуртер алгемайне цайтунг“ представя гледната точка на обикновените лекари.

Д-р Торстен Беенер, завеждащ малката общинска болница в Андернах, федерална област Райнланд-Пфалц, се ядосва на предложения за гласуване вариант на реформа в Бундестага. Според него здравеопазването и образованието са фундамент на обществото: „Представете си да се плаща на пожарната според броя на загасените пожари!“ При това пакетите, които наистина се заплащат за един лекуван пациент, ще бъдат заменени от предварителни пакетни бюджети. Но пък се получава така, че болници с 90% натовареност на леглата си ще трябва да търсят още по-голяма ефективност.

По логиката на реформаторите ще бъдат подсилени големите университетски бол-

ници, докато малките болнички ще трябва или да затворят, или да се преобразуват в медицински центрове.

Това според министъра би трябвало да намали разходите и да подобри качеството на медицинското обслужване. „Вярно е, че болници с петдесетина легла не могат да предлагат резекция на панкреаса например — разсъждава Беенер, — но в масовия случай хората не умират от панкреасни усложнения, а от далеч по-тривиални болести като инсулт, инфаркт или пневмония. Илюзия е да се смята, че големите заведения ще могат да поемат този пациентопоток. Какво ще стане например с човек от старчески дом, който трябва да пътува по спешност часове наред до най-близката болница за реанимационно лечение?“

Но и така не може да продължава

В една точка обаче д-р Беенер и д-р Лаутербах са единни.

Германия поддържа една от най-скъпоструващите здравни системи в света, показваща според анализи по-лоши резултати от тези в съседни държави. Колкото и невероятно да ни се струва, особено на фона на често коментираната в България свръхразвитост на болничната помощ, със своите 1700 болници Германия е най-голямата европейска държава по покритие на територията си с болнични легла. Като изключим Австрия, държавата разходва най-много на глава от населението за болнична помощ на континента. Същевременно обаче близо 1/3 от наличните легла остават трайно незаети. На този фон дължината на болничния престой достига върхови стойности в сравнение със средните световни показатели.

На този фон съвършено очаквано към днешна дата много от болниците в Германия се намират в проблемно стопанско състояние. Причините за това са различни, но една от съществените е в липсата на инвестиции от страна на областните власти. Като резултат доста болници започват да предлагат процедури, за които липсва необходимата квалификация или опит, или даже необходимост. Нерядко в болница попадат пациенти, които могат да бъдат лекувани и амбулаторно (това у нас звучи доста познато). Като съвкупен резултат днес много от болниците са заплашени от скорошен фалит с всички негативни последствия за лекари и пациенти.

Каква е целта на реформата?

Съвсем обяснимо е, че целта на реформата е преди всичко икономическа. Финансирането на болниците в бъдеще трябва да стъпи освен върху заплащане за дейност (както и досега) и на предварително пакетно заплащане и въвеждане на различно остойностени нива на компетентност. Тези нива ще се определят например от интеграцията на болнична и амбулаторна помощ, предлагане на спешно обслужване, статут на университетска болница и др.

Според федералното министерство на здравеопазването на Германия стратегическата цел на реформата е да направи болничната помощ в Германия по-ефективна и качествена. За тази цел се формулират следните мерки:

- **Деикономизация** — финансирането на болниците в Германия да остане до една поносима степен независимо от фактически извършените здравни услуги. В тази насока се въвежда така нареченото предварително пакетно заплащане. Според намеренията на федералното здравно министерство с това предварително заплащане една болница ще може да си финансира дейности независимо от броя на пациентите, които се лекуват. С други думи, става дума за инвестиционно насърчаване за развитие на слабо печеливши дейности, които да обслужват по-добре специфични групи пациенти.

Тази доста оспорвана мярка в крайна сметка ще облагодетелства онези болници, които понастоящем са застрашени от изчезване. В по-далечна перспектива системата трябва да замени досегашната на диагностично свързани групи и да поеме 60% от общото финансиране на една болница. По този начин ще се финансират достатъчно и области, които на база локални здравни нужди трябва да бъдат поддържани, независимо дали осигуряват голям пациентопоток.

- **Осигуряване на качество** — осигуряването на качествено високопрофесионално болнично обслужване трябва да се гарантира чрез определяне и по-нататъшно развитие на критерии за качество за определени групи на изпълнители на услуги.
- **Дебюрократизиране** — чрез подходяща управленска политика да се отбремени болничният персонал от несвойствени задачи и прекомерно натоварване.

В новата рамка още отсега се открояват болниците отличници. Това е например Университетската болница в Майнц (https://www.unimedizin-mainz.de/), федерална област Райнланд-Пфалц, която наскоро бе посетена от Лаутербах, сякаш е направена по идеята на реформата. Според министъра тази болница трябва да получи допълнително финансово стимулиране за поемане на тежки случаи, докато по-леките ще се пренасочват към малките болници в областта.

Всичко в името на пациента

Характерният слоган върху всяка здравна реформа и тук акцентира върху интересите на пациентите. Но в крайна сметка подобно на сиренето и здравето далеч не е безплатно. Както беше споменато, реформата цели основно стопанска оптимизация. Според здравни икономисти ще трябва да намалеят >60

Профил

Д-р Андрей **Младенов**, дм, мба, е ерудиран експерт по здравни и лекарствени регулации с над 25 години професионален опит. Работил е за компании като GlaxoSmithKline, „Софарма“, Parexel, Biontech, IQVIA, а последните години посвещава на клиничното развитие на биологични и биоподобни лекарства в стартъп сектора. Защитил е дисертация в областта на болничното управление към Медицински университет – София. От 2012 г. в живее и работи в Германия, а от 2018 е председател на Българското дружество в град Фрайбург.

болниците в сегашния си вид. Но идеята да се насочват пациентите към заведенията, които най-добре биха посрещнали техните нужди, е безспорно отлична цел. Според лекарите от първата линия големият проблем си остава спешната болнична помощ.

Пациенти, които не получават необходимото лечение от общопрактикуващите или специализирани доболнични лекари, в крайна сметка сами се обръщат към спешните отделения или просто се влошават. Тази тенденция обаче ще се задълбочи с намаляване на малките болници. Не бива да и се забравя, че удължаването на пътя на пациента намалява неговите шансове.

Остава, разбира се, и проблемът, че

всяка подобна реформа има и социални измерения

В Аденау миналата година, в едно градче с 3000 души население, е била затворена болница със 70 легла и 55 служители. Министърът на здравеопазването на областта Райнланд-Пфалц Хох счита тази стъпка за правилна въпреки страховете на местните хора. Още повече че на 30 минути от градчето има друга далеч по-добре развита болница. „Намаляването на броя на болниците само по себе си не решава нищо“, споделя Хох. Като пример той посочва спешната помощ в Холандия, където никой не може просто да се разходи до спешното отделение, защото не се чувства добре. Предварително трябва да се позвъни на спешния номер на болницата и да премине телефонен скрининг с обучен асистент, който да назначи приема.

Незакъснялата критика

Въпреки амбициозните си цели предстоящата реформа на болниците среща и сериозни критики. Така например сдружението на частните здравни осигурители PKV, което покрива 8.7 милиона напълно осигурени и 6.7 милиона допълнително осигурени германски граждани, изказва сериозни съмнения в икономическата ефективност на втория стълб — предварителното заплащане. Според тях има опасност от масови „погрешни“ стимули, необвързани с обем на оказваните здравни услуги и доста податливи на бюрокрация. Би възникнал дефицит на грижи, които няма да се предоставят на пациентите от специализираните звена, които ще си получават парите така или иначе. Перспективата отново сочи към списък на чакащи, с което се подкопава една от основните цели на реформата.

Пациенти, които не получават необходимото лечение от общопрактикуващите или специализирани доболнични лекари, в крайна сметка сами се обръщат към спешните отделения или просто се влошават. Тази тенденция обаче ще се задълбочи с намаляване на малките болници.

Освен това и досега не е ясно как точно ще функционира предварителното финансиране като начин на изчисляване и разплащане, как ще се извършва счетоводство на сметки и изравнявания в случаите на надвишаване или недостигане на планирания приход. С оглед на това сдружението предлага да се промени сега съществуващата система на диагностично свързани групи, която така или иначе е изградена. Едно надграждане би било целево по-ориентирано, по-гъвкаво и по-изгодно откъм финансови, човешки и времеви ресурси в сравнение с изграждане на изцяло нова система.

А не може ли пък без реформа...

Независимо от дискусията федералните области виждат ясна необходимост от реформа. Според члена на местния парламент в Майнц Торстен Велинг, политик от Християндемократическия съюз, реформата е на практика без алтернатива. Без нея ще изчезнат много адреси от болничната мрежа в Райнланд-Пфалц, като твърде дългото чакане на федералното правителство води само до бавна, но сигурна смърт за малките болници. При сегашния модел много често болниците закриват непечеливши, но важни дейности, като например акушерството. В областта намалява предлагането на родилна помощ, което натоварва средната районна болница с почти непосилните 1000 раждания на година. При новия модел се предвижда допълнително финансиране на АГ отделенията по места.

В Германия добре, а у нас?

България може да заимства някои рационални идеи от предстоящата реформа на германската болнична помощ. Трябва обаче да отбележим, че за разлика от германските, нашите болници страдат от доста по-различни проблеми. Дългогодишната липса на териториално планиране и изключително архаичната система на остойностяване доведоха до свръхконцентрация на основно частни мегаполиси в големите населени места на фона на изчезващи средни и малки общински болници. Това на свой ред създаде неравнопоставеност между жителите на града и селото, където спешната помощ трябва да покрива все по-големи разстояния до най-близката болница. Налице е повторна централизация на болничните услуги, които по социалистическо време бяха разпределени далеч по-равномерно и достъпно из страната.

От друга страна, проблем на родния болничен сектор си остава начинът на остойностяване — проблем, отдавна решен в Германия. Диагностично свързаните групи като начин на кодиране на оказаната услуга така и не бяха въведени въпреки пилотния проект на НЗОК. На този фон се наблюдава един постоянен отлив на лекари и медицински сестри основно към Германия, където дипломите и квалификацията се признават само по документи. Системата продължава да се ръководи не от здравните потребности на населението, а по-скоро от финансовата и административната конюнктура. Маркетинговото мислене в управлението на съвременната българска болница се свежда основно до счетоводно-отчетни операции, докато съществени елементи от здравния маркетинг са слабо застъпени или липсват напълно.

Все пак не са малко и елементите на германската болнична реформа, които могат да ни бъдат полезни в светлината на все по-неизбежната българска реформа. Нарастващото централизиране на болничното ни здравеопазване трябва да бъде спряно рано или късно. Развитието на общинското здравеопазване може да стъпи на модела на предварителното финансиране на определени дейности, адресиращи заболеваемостта и смъртността в страната. Изграждането на малки центрове, със сърдечно-съдова и пулмологична насоченост например, би адресирало понастоящем фатални инциденти в по-малките населени места. Сега съществуващата болнична акредитация на високоспециализирани и специализирани дейности може да се преразгледа в посока развитие на последните в по-малки регионални лечебни заведения, докато голямата областна болница си запази технологичното лидерство само в авангардната медицина. | К

Профил

Доц. д-р Петко **Карагьозов**, дм, FASGE, е завършил Медицинския университет – София. През периода 2005 – 2011 г. специализира и работи в Клиниката по гастроентерология и хепатология на ВМА – София, под ръководството на проф. Крум Кацаров и проф. Димитър Таков. През декември 2012 г. придобива специалност по гастроентерология. През 2013 г. преминава специализация по гастроентерология в болница „Шонан Камакура“, Канагава, Япония, по програма за научен обмен между болниците в „Токушукай медикъл корпорейшън“. През 2014 г. провежда едномесечна специализация в болница „Елизабетинен“, Линц, Австрия, по ехоендоскопия и ендоскопски методи на лечение при хроничен панкреатит като стипендиант на Европейското дружество по гастроинтестинална ендоскопия. Преминал е множество курсове по гастроентерология и интервенционална ендоскопия в Германия, Чехия, Холандия, Италия, Израел и САЩ, както и обучение за преподаване на ендоскопия. Член е на Европейското дружество по гастроинтестинална ендоскопия (ESGE), Американското дружество по гастроинтестинална ендоскопия (ASGE), Световната ендоскопска организация (WEO), Foundation for Interventional and Therapeutic Endoscopy (FITE), Европейска група за изучаване на холангиоскопията (ECG), Европейска група по ендоскопска ехография (EGEUS), Съвместна онкологична национална мрежа (СОНМ), Българското научно дружество по гастроентерология, Българската асоциация по ултразвук в медицината (БАУМ). През 2018 г. е избран за член на управителния съвет на Българското научно дружество по гастроентерология (преизбран през 2022). През 2021 е избран за привилегирован/дипломиран член (fellow) на Американското дружество по гастроинтестинална ендоскопия (FASGE). От 2021 е представител на Българското дружество по гастроентерология в Европейското дружество по гастроентерология (UEG Meeting of Members). От 2017 е сертифициран обучител по холангиопанкреатоскопия със система SpyGlass DS. От 1.09.2011 г. е част от екипа на „Аджибадем Сити клиник УМБАЛ „Токуда“, а от 2015 г. завежда Отделението по интервенционална гастроентерология на болницата. През 2022 е избран за доцент по гастроентерология. От октомври 2022 г. е началник на Клиниката по гастроентерология при АСК УМБАЛ „Токуда“. Автор и съавтор е на над 90 публикации, предимно в сферата на интервенционалната ендоскопия.

снимка Надежда Чипева

Доцент д-р Петко Карагьозов,
началник на Клиниката по гастроентерология при АСК УМБАЛ „Токуда“

Дебелочревните полипи са основен предшественик на рака

Кои от заболяванията на храносмилателната система се развиват безсимптомно?

Много заболявания на храносмилателната система могат да се развият безсимптомно, особено в началните си стадии. Полипите в дебелото черво например често не предизвикват симптоми, докато не се развият до по-големи размери или не станат злокачествени. Ранните карциноми — например на хранопровода и стомаха — също са безсимптомни и именно през този период имаме възможност за излекуване. Заболяванията на черния дроб като >62

стеатоза (омазняване на черния дроб) или хепатит могат да останат безсимптомни дълго време и да се проявят едва когато настъпи декомпенсация на чернодробната функция. Ракът на панкреаса също често се открива в напреднал стадий именно защото в началото протича безсимптомно. Затова е изключително важно хората да бъдат информирани и отговорни към собственото си здраве, да следят редовно промените в тялото си и да се обръщат към медицински специалисти при най-малките симптоми. Навременната медицинска намеса и активното отношение към собственото благосъстояние могат да предотвратят много заболявания и да удължат значително живота.

От каква възраст трябва да започва редовната профилактика на онкозаболяванията на гастроинтестиналния тракт и какви процедури са необходими?

В повечето държави има програма за скрининг за колоректален карцином, в която има ясно разписани времеви интервали. На скрининг подлежат всички на възраст от 50 години нагоре. Напоследък поради все повечето данни за подмладяване на заболяването в някои държави началото на този скрининг е 45 години. На повечето места той се състои в ежегодно тестване за скрита кръв в изпражненията и назначаване на ендоскопски преглед при положителен резултат. България, за съжаление, остана една от малкото държави в света без скринингова програма за колоректален рак. За хората с фамилна обремененост се препоръчва провеждане на колоноскопии и първата да бъде проведена 10 години по-рано от възрастта, на която е диагностициран ракът при техния роднина.

По отношение на стомашния карцином профилактиката е също важна, особено за хора с анамнеза за болести на стомаха, инфекция с бактерията Helicobacter pylori, която е основен рисков фактор за развитието на рак на стомаха, или фамилност.

Ендоскопските прегледи, особено за пациенти с рискови фактори, са основен метод за ранна диагностика и предотвратяване на развитието на рак в напреднал стадий. На т.нар. опортюнистичен скрининг подлежат и пациентите с рискови фактори за рак на гастроезофагеалната връзка. Все повече се говори за скрининг за панкреасен рак при високорискови групи.

Съществуват хронични заболявания и състояния, свързани с повишен риск за развитие на плоскоклетъчен хранопроводен рак. Такива пациенти също подлежат на профилактично тестуване. За съжаление, всички тези програми не са достъпни и налични в нашата страна, както и липсва информираност по темата.

При какви показания е редно да се обърнем към гастроентеролог?

Възможните симптоми са изключително много поради факта, че нашата специалност е свързана с проблеми в много органи в човешкото тяло. Например, когато се появят постоянни киселини, болка в корема, трудности при преглъщане, хронична диария, необяснима загуба на тегло, намален апетит, затруднена дефекация, кръв в изпражненията, жълтеница или ако са установени анемия и ниски нива на желязо, е необходимо да се проведе консултация с гастроентеролог. Дори леки, но продължителни симптоми не бива да се игнорират, тъй като могат да бъдат признак на сериозни заболявания. За съжаление, особено що касае до онкологичните заболявания, когато пациентите се появят при нас със изявени симптоми, те най-често са неизлечими. Изключително важни са информираността и интелигентният подход към собственото здраве.

Доколко полипите са опасни?

Полипите са доста широко понятие. Ако говорим за дебелочревни полипи, смята се, че те са основният прекурсор на колоректален рак. Затова тяхното навременно откриване и радикално отстраняване би трябвало да е свързано с намаляване на честотата и смъртността от този вид карцином. Разбира се, те са доста различни и с различен малигнен потенциал и прогноза. Наша е задачата да извършим прецизна оптична диагностика и да определим правилната стратегия на поведение. Повечето дебелочревни полипи могат сравнително лесно и успешно да бъдат премахнати ендоскопски. Към част от тях е необходим по-специфичен подход. Именно те трябва да бъдат адекватно разпознати от гастроентеролога и да бъдат правилно реферирани към специализиран център за лечение с най-добри резултати.

Друга важна задача за нас, специалистите, е да назначим правилна схема на проследяване на пациентите след ендоскопско отстраняване на полипи.

Има ли световен опит, който доказва ролята на навременната ендоскопска диагностика, който вие следвате?

Натрупани са много литературни данни, че скринингът за рак на дебелото черво безспорно довежда до намаляване на смъртността от него на популационно ниво. Причината за това е ендоскопското откриване и отстраняване на прекурсорни лезии, както и диагностицирането на рака в по-ранен стадий, когато са възможни по-успешни лечебни стратегии. Наскоро излезе и мащабно рандомизирано проучване, което затвърди ролята на колоноскопията за намаляване на смъртността от рак на дебелото черво. Разбира се, тя е ефективна само тогава, когато покрива определени критерии за качество. Мониторирането на качеството на ендоскоските изследвания за съжаление не е на дневен ред в нашата страна, но то е ключово, за да може тази интервенция да реализира потенциала си и да е от истинска полза за хората.

Стандартите в развитите страни показват, че ендоскопията вече играе съществена роля не само в диагностиката, но и в лечението на злокачествени заболявания, когато те са в ранен стадий. Тези практики са интегрирани и в нашата клиника, като следваме последните световни препоръки. Имаме програма за ендоскопска субмукозна дисекция на ранни колоректални и стомашни неоплазми и резултатите ни са сходни с тези на водещи европейски центрове, особено по отношение на радикалност и безопасност.

Успешно въведохме и рутинно прилагаме през последните пет години на ендоскопска трансмурална резекция при някои колоректални лезии и тя допълва палитрата от миниинвазивни техники при добре индицирани пациенти.

Какви са иновациите, които предстои да внедрите?

С гордост мога да кажа, че в нашата клиника рядко си позволяваме да не вървим в крак с иновациите в света на клиничната и интервенционалната гастроентерология. Активно внедряваме минимално инвазивни техники за лечение на по-сложни гастроинтестинални проблеми, както и използваме изкуствен интелект по време на ендоскопия за по-прецизна диагностика на ранни лезии. В момента разработваме програма за ендоскопско лечение на пациенти с ахалазия (затруднено преминаване на храна и течности през хранопровода), която ще стартира от следващата година. В процес на внедряване сме на техника на горно-ендоскопска трансмурална резекция, която ще ни даде възможност да лекуваме успешно преканцерози, ранни карциноми и субепителни тумори в горната част на храносмилателния тракт. Предстои да доразвием и т.нар. ендохепатология и да започнем да измерваме портално налягане под ехоендоскопски контрол, което е от голямо значение за пациентите с дифузни чернодробни заболявания. Имаме амбиции да започнем и с бариатрична ендоскопия — тема, която все още е не особено популярна у нас.

Можете ли да очертаете напредъка в диагностиката и лечението, които вие сте успели да постигнете, благодарение на постоянното въвеждане на нови подходи и апаратура във вашата специалност?

През последните години постигнахме значителен напредък благодарение на внедряването на съвременни миниинвазивни техники за диагностика и терапия. Както вече споменах, нашите пациенти се възползват от минимално инвазивни процедури за лечение на полипи и ранни карциноми на дебелото черво и стомаха, които значително намаляват времето за възстановяване и риска от усложнения. Въведохме изкуствен интелект при диагностична колоноскопия и се надявам съвсем скоро да регистрираме обективно подобрение в диагностиката, повишавайки нивото на детекция на аденоми при асимптоматични пациенти. Редом с класическите ендоскопски процедури въведохме нови техники за билиарен дренаж, използвайки ендоскопски ултразвук. По този начин смятаме, че подобряваме значително качеството на живот на пациентите, елиминирайки нуждата от по-агресивни процедури, свързани с повече опасности, носене на външни дренове и т.н.

Ранните карциноми на хранопровода, стомаха, панкреаса и червата са безсимптомни, затова редовните прегледи са важни.

Разработихме протокол за миниинвазивно лечение на остър холецистит, отново с използване на ендоскопски ултразвук, при пациенти, които трудно биха понесли коремна операция. Прилагаме успешно техниката при критично болни или пациенти след сърдечни операции с отличен резултат.

Болните със запушване на изхода на стомаха също получават най-съвременното ендоскопско лечение. Техниката е налична в света от само няколко години и демонстрира обещаващи резултати като алтернатива на хирургичния байпас или поставянето на стент в дванадесетопръстника при селектирани случаи. Следваме миниинвазивен протокол при пациентите с локални усложнения при остър и хроничен панкреатит, също с отлични резултати, използвайки ехоендоскопски дренажни техники и директна ендоскопска некрозектомия. От над осем години рутинно прилагаме дигитална холангиоскопия за диагностика на заболявания на жлъчните пътища, както и за лечение на камъни в жлъчните и панкреасните канали при неуспех на конвенционалните техники. Особено се гордеем с въвеждането на ендобилиарна радиофреквентна аблация при неоперабилен рак на жлъчните пътища, която за момента демонстрира доста добри резултати. През последните три години успешно извършваме и ехоендоскопски навигирана радиофреквентна аблация на някои панкреасни туморни. Техниката е, бих казал, революционна при инсулином и с радост мога да съобщя, че имаме вече няколко успешно излекувани пациенти, което е възможно и заради високото ниво на развитие на всички структури в болницата, възможността за интердисциплинарност и подкрепата на ръководството. Всичко това осигурява комфорт и абсолютна сигурност за пациентите.

Интервюто взе Десислава Николова

Shutterstock

„Имаш още да плачеш“: Когато думите в болницата оставят рани, които не заздравяват

Тексаската детска болница е предоставила на фондация „Даная“ наръчника си за комуникация между медицинските екипи, деца пациенти и техните родители

Кремена Кунева

Тригодишният Боби лежи на леглото в болничната стая, притиснат от майка си. Очите му, потъмнели от страха и болката на диагнозата „рак“, вече не отразяват нищо от безгрижното детство. Майка му го гали по косата и плаче. Боби усеща нейната тревога и страх, неразбираем, но осезаем. В този тежък момент вратата се отваря с трясък и влиза медицинска сестра, която вижда сълзите на майката и казва със строг тон: „Какво плачеш отсега? Ако знаеш още колко има да плачеш!“

Години по-късно Боби е здрав, но тези думи продължават да звучат в съзнанието на майка му. Всяка усмивка на детето е придружена от тревожния страх, че болестта може да се върне, защото „има още да плаче“. Тази история не е измислена. В много болници тежестта на болестта се утежнява не само от диагнозата, но и от начина, по който тя се съобщава. Проблемът не е само в липсата на комуникационни умения, а в системата, която оставя лекарите и сестрите, изправени пред крайния стрес, агресията на пациентите и безсилието, пред невъзможни условия.

Комуникацията като част от лечението

Във водещите здравни системи на света времето, отделено за комуникация с пациентите и техните семейства, е неразделна част от медицинската грижа. Дори най-големите специалисти посвещават значителен времеви ресурс, за да изградят доверие и разбиране с родителите на болни деца. Тази основа на доверието е ключова, защото в здравеопазването, където има човешки грешки, именно доверието може да помогне за преодоляване на допуснатите грешки. Родителите, които са информирани, разбрани и подкрепени, са много по-склонни да простят допуснати пропуски и да останат ангажирани с процеса на лечение.

Пример от Тексаската детска болница

Тексаската детска болница (Texas Children's Hospital) включва „преживяването на децата пациенти и техните семейства“ като един от четирите основни приоритета в работата си. Болницата се ангажира не само да предоставя медицинска грижа, но и да подкрепя емоционално и психологически децата и техните близки. Семейно-центрираният подход включва родителите във всяка стъпка на лечението, осигурява консултации със специалисти по психично здраве и предлага образователни програми, които помагат на семействата да разберат и да се справят с болестта. В Тексаската болница се създава среда, която е приветлива и адаптирана към децата — с играчки и креативни пространства, които намаляват тревожността на малките пациенти.

Пример от Европа: Великобритания, Швеция и Германия

- Великобритания (NHS): Националната здравна служба на Великобритания е сред пионерите в интегрирането на комуникацията като задължителна част от обучението на медиците. Специални модули за комуникация, включително симулирани срещи с пациенти, подготвят лекарите за емоционално натоварените ситуации, с които ще се сблъскат. Дори утвърдени специалисти като хирурзи и онколози отделят време да говорят с родителите на болни деца, като разясняват диагнозите и процедурите, защото знаят, че доверието на родителите е решаващо за успешното лечение.
- Швеция (Университетска болница „Каролинска институт“): Болницата „Каролинска“ прилага концепцията за „семейно центрирано лечение“. Това включва активно включване на родителите във вземането на решения и многократно консултиране с тях, за да се чувстват спокойни и информирани за състоянието на детето. Този подход показва, че при ангажирани и информирани родители медицинските резултати са по-добри, а травмите, причинени от процеса на лечение, са по-малко.
- Германия (Университетската болница в Мюнхен): Тук комуникацията с пациентите и семействата е част от стандарта за медицински протоколи. В случай на тежки диагнози болницата осигурява цялостна подкрепа чрез мултидисциплинарен екип от лекари, психолози и социални работници, които работят заедно с родителите, за да изградят стратегия за терапия и подкрепа.

Защо доверието е ключово за лечението

Тези примери показват, че доверието >66

Профил

Кремена **Кунева** е обществено ангажирана личност и икономист по образование с дългогодишен опит в неправителствения сектор и активна гражданска позиция в полза на детското здравеопазване, правата на човека и развитие на гражданското общество. Тя е съосновател на фондация „Даная“ и бивш народен представител от 48-ото Народно събрание, където е била избрана като гражданска квота. В рамките на парламентарната си дейност е била член на Комисията по здравеопазване и заместник-председател на Комисията по правата на човека, вероизповеданията и жалбите на гражданите. През последните години Кремена активно подкрепя и застъпва множество инициативи, насочени към подобряване на детското здравеопазване в България. За ангажираността и приноса си в неправителствения сектор тя е удостоена с множество отличия. В работата си Кремена се стреми да повиши осведомеността за правата на пациентите, да осигури подкрепа за деца пациенти и техните семейства и да насърчи добрата комуникация и емоционална грижа в медицинските среди.

между медицинския екип и семейството е основа на успешното лечение. Родителите, които се чувстват подкрепени и информирани, са много по-склонни да следват медицинските препоръки и да проявят разбиране, дори ако се допусне грешка. Липсата на комуникация, напротив, води до неразбирателство и агресия.

Какво липсва в българската здравна система по темата

В България няма структурирани програми за обучение по комуникация в медицинските университети и болниците. Няма и изработени протоколи за взаимодействие с пациентите, особено в напрегнати моменти, когато семействата очакват да получат ясен отговор на своите въпроси. Докато в много европейски страни обучението по комуникация е задължителна част от медицинската подготовка, у нас медиците често остават сами в опитите си да се справят със стресови ситуации, за които не са подготвени. Това не само изтощава специалистите, но и увеличава напрежението между тях и пациентите.

Липсата на стандарти за комуникация е една от основните причини за растящата агресия между пациенти и медицинския персонал. В условията на дефицит на кадри, особено на медицински сестри, и натоварен график, който включва както лечение на пациенти, така и изпълнение на административни задължения, медиците рядко имат възможност да отделят достатъчно време за съпричастно и подробно обяснение на лечението.

Макар някои учебни програми включват дисциплини, свързани с медицинска етика и психология, те невинаги обхващат задълбочено аспектите на ефективната комуникация с пациенти и техните семейства.

Примери за обучение по комуникация в България:

- Медицински университет – Пловдив: В катедрата по управление на здравни грижи се предлага учебна дисциплина „Комуникативни умения“, която цели да развие уменията на студентите за ефективно общуване с пациенти и колеги.
- Нов български университет (НБУ): Училището за професионално и продължаващо обучение към НБУ предлага онлайн курсове, насочени към медицински специалисти, като „Умения за комуникация в медицинската практика“ и „Работа с лошата новина в медицината, комуникация с пациента и неговото семейство“.

Въпреки тези ценни инициативи липсват единен стандарт и задължителни модули по комуникация в медицинските учебни програми в България. Това води до недостатъчна подготовка на младите лекари в областта на ефективното общуване с пациенти, особено при съобщаването на тежки диагнози.

Изкривяването на реалността: Уязвимостта на детските пациенти и тяхното семейство

Медицинските професионалисти в България често смятат, че е достатъчно да бъдат добри хора, за да общуват ефективно с пациентите. Но реалността показва, че комуникацията е не просто акт на добрина, а умение, което изисква целенасочено обучение и практика. В страни с развити здравни системи се използват утвърдени комуникационни протоколи за работа с деца и техните семейства, които предпазват както пациентите, така и медицинския персонал от непредвидени емоционални изблици и напрежение. Такива протоколи позволяват на медиците да поддържат професионално и емпатично отношение дори в условия на силен стрес и изтощение. За съжаление, у нас подобни методи на обучение и протоколи отсъстват, което само задълбочава напрежението и чувството на неразбирателство между лекарите и пациентите.

Агресия и липса на ресурси: Кризата в българското здравеопазване

Един от най-острите проблеми, пред които е изправена българската здравна система, е недостигът на медицински сестри. Този недостиг, както и неравномерното разпределение на ресурси в страната доведоха до това цели региони в България практически да са лишени от достъп до адекватна медицинска помощ. Липсата на медицински специалисти оставя уязвимите групи като децата и техните семейства на произвола на обстоятелствата. Политическата немощ или липсата на дългосрочна стратегия за решаване на тези проблеми само засилват натрупаното напрежение и враждебност между пациенти и медицинския персонал.

Агресията срещу медицинския персонал в България е нарастващ проблем, който застрашава както безопасността на медиците, така и качеството на предоставяните здравни услуги. Според проучване на социологическа агенция „Тренд“ от юни 2024 г. близо 55% от лекарите в страната са били жертва на вербална агресия по време на работа, а един от всеки десет лекари е преживял физическо насилие.

Тези тревожни данни се потвърждават и от статистиката на прокуратурата. За периода 2021 – 2023 г. са образувани 39 досъдебни производства за агресия над медици, като през 2022 г. те са били 13, през 2023 г. — 16, а до средата на 2024 г. — 10.

Причините за агресията са комплексни. Според същото проучване на „Тренд“ 65% от анкетираните посочват неудовлетвореност от лечението като основен фактор, а 60% смятат, че дългото чакане за прием при лекар провокира агресивно поведение.

Тези данни подчертават необходимостта от спешни мерки за подобряване на комуникацията между медицинския персонал и пациентите, както и за осигуряване на безопасна работна среда за медиците.

Разбира се, комуникационните умения няма да решат проблема с агресията срещу медиците като с магическа пръчка, но те могат да допринесат значително за намаляване на напрежението и подобряване на отношенията между медицинския персонал и пациентите. Ето как:

1. Намаляване на тревожността и усещането за несигурност — изследвания показват, че ефективната комуникация, особено при обясняване на диагнозата и плана за лечение, намалява тревожността и несигурността у пациентите и техните семейства. По-спокойните пациенти по-рядко проявяват агресивни реакции, тъй като са информирани и разбират какво се случва.

2. Изграждане на доверие и емпатия — доверието в медицинския персонал намалява напрежението и създава по-позитивна атмосфера. Когато пациентите и близките им усещат, че лекарите и сестрите искрено се интересуват от тяхното състояние и ги информират по разбираем начин, вероятността за агресия значително намалява.

3. Превенция на емоционални изблици — умението да се съобщават тежки новини с емпатия и разбиране е от ключово значение в стресови ситуации. Медиците, обучени в комуникационни техники, могат да предават трудни новини по начин, който не предизвиква допълнително напрежение и емоционални изблици, особено когато се касае за уязвими групи като родители на болни деца.

4. По-добро разбиране и сътрудничество — добрата комуникация помага на пациентите и техните семейства да разберат какво включва лечението и каква е ролята им в него. Това води до по-голяма ангажираност и сътрудничество, което намалява чувството на неудовлетвореност и несигурност — два от основните фактори за агресия.

5. По-ефективно управление на конфликти — медиците, които са обучени как да управляват конфликтни ситуации и да отговарят на агресия с контролирана и емпатична реакция, са по-способни да предотвратят ескалирането на конфликт. Тези умения не само повишават тяхната лична устойчивост, но и допринасят за безопасността на работната среда.

Въвеждането на систематично обучение по комуникация не е просто инвестиция в професионалните умения на медиците — това е важна стъпка към по-добра и сигурна здравна система, в която доверието и разбирателството са основа на грижата за пациентите.

Според данни на Journal of Pediatrics родителите, които са информирани и участващи в процеса на лечение, намаляват тревожността си до 50%, а децата демонстрират по-добри психо-емоционални резултати[^1]. В страни с развито здравеопазване този подход е стандарт. В България обаче липсва изградено доверие, което е основен фактор за ефективно лечение, особено при тежки диагнози.

Ето някои от най-честите проблеми, пред които се изправят родителите и децата пациенти в здравната система, както и примери от практиката в други страни, които могат да променят динамиката на тези взаимоотношения:

1. Липса на яснота и прозрачност в диагнозата и лечението

Родителите често се чувстват изгубени в медицинската терминология и се притесняват, че не разбират напълно състоянието на детето си и лечението, което му се предлага. Тази липса на яснота води до повишена тревожност и усещане за безсилие, което може да ескалира в напрежение и недоверие към медицинския екип.

2. Недостиг на време за обсъждане на въпроси и притеснения

В напрегната болнична среда, където медиците често са пренатоварени, родителите рядко получават достатъчно време, за да зададат своите въпроси и да обсъдят тревогите си. Това създава усещане, че на тях и на детето им не се отделя достатъчно внимание, което увеличава тяхната несигурност и влошава взаимоотношенията.

3. Липса на емоционална подкрепа

Особено при тежки диагнози, родителите изпитват необходимост от емоционална подкрепа и емпатия от страна на медицинския персонал. Чувството на самота и липсата на разбиране може да засилят тяхната уязвимост и да доведат до отрицателни реакции.

4. Съпричастие и емоционална връзка като основа за доверие

В много развити здравни системи медицинските екипи използват тактилни жестове като прегръдка или ръкостискане като начин на посрещане на родителите. Например в някои болници в САЩ, Западна Европа, а и Турция лекарите и сестрите първо прегръщат родителя, преди да започнат обсъждането на лечението, като това действие е познато като „прегръдка на доверие“. Така се създава силна емоционална връзка още от първия контакт. Това не само облекчава тревогата на родителите, но и поставя последващата комуникация на съвсем различно ниво — родителите се чувстват разбрани и подкрепени от самото начало.

5. Чувство за контрол и участие в решенията

Липсата на възможност родителите да участват активно в решенията за лечението на децата си е друг чест проблем. В страни като Швеция и Нидерландия родителите са включени в процеса на лечение чрез т.нар. семейно центрирана грижа. Това означава, че медицинските екипи активно изслушват техните притеснения и се стремят да ги включат във всяко важно решение. Това не само намалява тяхното напрежение, но и повишава доверието в медицинския екип.

6. Културна чувствителност и индивидуален подход

В различни култури подходът към детското здравеопазване и ролята на семейството е различен. Например в Япония медицинските екипи подхождат с изключително внимание към ритуалите и нагласите на семействата, за да създадат пространство, в което родителите и децата се чувстват уважавани. Индивидуалният подход не само намалява бариерите в комуникацията, но и укрепва доверието в лечението. В контекста на България културната чувствителност и индивидуалният подход са изключително важни, тъй като здравната ни система обслужва пациенти от разнообразни културни и социални среди, включително ромската общност, чуждестранни граждани и български граждани, живели дълго в чужбина. Всеки пациент и неговото семейство носят със себе си специфични нагласи и очаквания към медицинската грижа, оформени от тяхната култура и личен опит.

Например за ромските семейства подкрепата от разширеното семейство и близката общност е от огромно значение. За тези пациенти е важно здравната система да отчита не само медицинските, но и социалните аспекти на грижата. Медицинският персонал, който разбира и уважава тази нужда, може по-лесно да изгради доверие и ефективна връзка с ромските пациенти, като по този начин намалява бариерите в комуникацията.

Включването на този културно-сензитивен подход би помогнало не само за по-успешно лечение, но и за по-добро разбиране и уважение между медицинските специалисти и семействата на пациентите.

Въвеждането на тези практики в България би могло да бъде ключова стъпка за облекчаване на напрежението между родителите и медицинския персонал и за създаване на по-позитивна и подкрепяща болнична среда. >68

И големият въпрос: ако не можем бързо да „произведем“ медицински специалисти, не е ли време да обърнем внимание на всички онези механизми и решения, които могат да смекчат кризата?

Комуникационните умения, протоколите за абота с пациенти и прости човешки жестове като съпричастна връзка с родителите могат значително да подобрят средата. И това наистина не изисква много нито като ресурси, нито като време, а може да донесе големи ползи за всички участници — пациенти, родители и медиците, които ежедневно са на предела на възможностите си.

Липсата на подобно разбиране обаче показва и основен дефицит в подготовката и нагласите на политиците, които вземат решения за здравната система. Въпросът тук е не само дали те са достатъчно запознати с реалните проблеми на място, но и дали разбират какви ефективни решения могат да бъдат внедрени, и то в най-кратки срокове. За съжаление, много от взетите решения се концентрират върху мащабни, но отдалечени цели, вместо да използват механизми, които веднага биха повлияли на качеството на работа и удовлетворението на пациентите и медицинските кадри.

Оптимизирането на комуникацията и разширяването на подкрепата за медиците е пример за стратегия, която не изисква огромен бюджет, но би довела до по-ефективна и устойчива здравна система, особено в период на криза. Време е да се зададе въпросът дали тези, които определят здравната политика, имат готовността да се вслушат в нуждите на медиците и пациентите и да прилагат на практика решения, които могат да окажат реално въздействие.

И не на последно място, в България липсва централизирана статистика за изплатените обезщетения по дела, свързани с медицински грешки и недостатъчна комуникация. Въпреки това наличните данни показват, че за периода 2007 – 2017 г. са присъдени общо 3.5 млн. лв. обезщетения след дела за лекарска грешка.

За да прогнозираме обезщетенията по дела за медицински грешки за периода 2018 – 2023 г., използваме метода на годишния процент на нарастване (CAGR). При публично известна стойност 3.5 млн. лв. за периода 2007 – 2017 г. и приемайки устойчив годишен ръст 10%, изчисляваме, че сумата

В България липсва централизирана статистика за изплатените обезщетения по дела, свързани с медицински грешки и недостатъчна комуникация.

би нараснала до около 6.2 милиона лева през 2023 г. Тази прогноза не включва извънсъдебните споразумения и разходите по тях, които също значително обременяват системата.

В международен план проучвания показват, че ефективната комуникация между медицинския персонал и пациентите може да намали броя на съдебните искове. Например изследване, публикувано в Journal of the American Medical Association (JAMA), установява, че подобрената комуникация води до значително по-малко правни спорове. Друго проучване в BMJ Quality & Safety демонстрира, че прилагането на комуникационни протоколи намалява вероятността от съдебни дела.

Ролята на фондация „Даная“: Защо комуникацията е ключ към новото разбиране за лечение

Фондация „Даная“ отвори вратата на това ценно знание за България, като постигна не просто договор с Тексаската детска болница (ТДБ), а издейства тяхното ръководство по комуникация да бъде предоставено като дар за българската общност. „Този щедър жест е подкрепа за нашата мисия да въведем нови комуникационни стандарти в детското здравеопазване у нас, така че комуникацията между медицинските специалисти и пациентите да бъде съпричастна и човечна. Вдъхновени от ангажимента на ТДБ, екипът ни от редактори, медицински специалисти, коректори и комуникационни експерти работи про боно над шест месеца по адаптацията на този обемен учебник — над 450 страници, обхващащи основни и специализирани аспекти на общуването с пациенти в различни здравни ситуации.

Нов български университет (НБУ) веднага ни подаде ръка и се включи като партньор за разработването на курсове по наръчника. НБУ не само предостави своя академичен капацитет, но и обогати съдържанието с опита на български специалисти, за да бъде учебникът максимално приложим у нас. СБАЛ по детски болести „Иван Митев“ се включи като стратегически партньор и ще разработва и интегрира заедно с нас това знание, като освен всичко друго и заедно ще изследваме и проследяваме ключови индикатори за ефективност през следващите 1–2 години. УМБАЛ „Св. Анна“ също подкрепя инициативата, като ще подпомогне внедряването на обучителната програма в своите отделения и допълнително ще разшири обхвата ѝ.

В процеса на подготовка срещнахме неочаквано положителен отклик — ключови имена в българската педиатрия изразиха адмирациите си и заявиха готовност да подпомогнат развитието на този проект. С тяхната подкрепа нашият проект не просто остава теоретична инициатива, а обещава реално да промени начина, по който се грижим за най-малките и уязвими пациенти в България.

През следващата година планираме да организираме събития в различни градове в страната, за да популяризираме това знание, докато разработваме курсовете по наръчника. Книгата няма да бъде продавана — стремим се тя да бъде достъпна за всеки, който има нужда от нея, като разчитаме на дарения, за да осигурим този достъп. Първоначалният тираж на хартия от 1500 броя е финансиран от индивидуални дарители на фондация „Даная“ — доказателство за доверието, което сме изградили с прозрачност и постижения. Ще се погрижим и за електронен вариант на изданието, който да е достъпен за всички.

С надежда очакваме през следващата година да привлечем и по-целева подкрепа, за да постигнем голямата ни цел — да споделим това знание с възможно най-много медицински специалисти и заинтересовани страни, да обучим повече лекари и чрез проучвания да докажем ефективността на проекта. Така ще можем да настояваме за политическа воля, която да интегрира тази дисциплина на национално ниво.

Сърдечно благодарим на всички, които направиха този проект възможен — на партньорите, колегите и дарителите, чиято подкрепа и доверие ни вдъхновяват да продължим с още по-голяма решимост към изграждането на по-добро и съчувствено здравеопазване в България. | К

Превръщаме ВАШИТЕ ИДЕИ В емблематични СЪБИТИЯ

INTERNATIONAL
HOTEL CASINO & TOWER SUITES

„От международни конференции до частни тържества - всяко събитие при нас е плод на вдъхновение и прераства в незабравимо изживяване“

ПЛАНИРАМЕ С ПРЕЦИЗНОСТ, РЕАЛИЗИРАМЕ С БЛЯСЪК

1 **ДОКАЗАН ОПИТ**
Над 10 години в организирането на повече от 1000 успешни събития.

2 **ПЕРФЕКТНА ЛОКАЦИЯ**
Разположен на брега на Черно море, предлагайки както красота, така и достъпност.

3 **ПРОФЕСИОНАЛНИ ИВЕНТ КООРДИНАТОРИ**
Отдаден екип за събития гарантира, че всеки детайл съответства на вашата визия.

4 **МНОГОФУНКЦИОНАЛНИ ПРОСТРАНСТВА**
12 големи и малки зали, които се адаптират с лекота, осигурявайки идеалната обстановка за всяко събитие.

5 **ПЕРСОНАЛИЗИРАНИ КЕТЪРИНГ РЕШЕНИЯ**
Предлагаме кулинарни изкушения, съобразени с нуждите и вкусовете на нашите гости.

Амфитеатър
ИМПРЕСИЯ

Разполага с до 380 места - адаптира се с лекота към различни стилове събития – от интимни кабаретни маси до класическо амфитеатрално подреждане, подходящ за конференции, конгреси, семинари, и разнообразни развлекателни събития.

Бална зала
БЕЛИНИ

Предлага гъвкаво разпределение и е подходяща за до 600 гости; идеална за гала вечери, сватби, корпоративни и частни събития, мащабни срещи и конференции, представяния на продукти, модни ревюта и благотворителни събития.

ЗАПИТВАНЕ ЗА СЪБИТИЕ:
Красимира Железова:
+359 892 605 343
Гергана Николова:
+359 882 196 829

Златни Пясъци,
Варна 9007,
България
sales@interhc.com
www.interhc.com

Проф. д-р Коста Костов,
консултант по белодробни болести

Болните имат нужда от рехабилитационни процедури

Професор Костов, в последно време се заговори усилено за дълъг ковид, каква е дефиницията за това заболяване?

Няма всеобщо възприета дефиниция за т.нар. дълъг ковид. Дефинирането на това състояние се променяше във времето според натрупания опит. Известни са няколко дефиниции, но аз цитирам обикновено две такива — на Националните академии на САЩ (NASEM) и на Световната здравна организация (СЗО), които са почти идентични и основното в тях е наличието на симптоми минимум три месеца след остър ковид-19 — подозиран или доказан. Симптомите са минимум 100, в някои научни студии се съобщава и за повече, в различни комбинации и дори при хора, които не знаят, че са боледували или са преминали през болестта леко. В повечето научни съобщения най-чести симптоми са общата умора, болките в стави, мускули, гръден кош, задухът. Макар и не така често, среща се и хронична кашлица. Невропсихичният симптомокомплекс е една от най-честите прояви. Това са когнитивни нарушения като загуба на памет, концентрация, невъзможност за вземане на решения, лош сън, страх, несигурност.

Възможна ли е сигурна диагноза и адекватно лечение на дългия ковид?

Няма установен сигурен диагностичен биомаркер за това състояние — някакъв биологичен признак в лабораторните изследвания, който бихме могли да изследваме, за да докажем наличие на болестта. Както разчитаме на PCR, с който доказваме наличие на вируса на ковид-19. Диагнозата се базира на комплекс от симптоми и диагностични методи в ръцете на опитен лекар, който може да различи в този сложен сбор от симптоми и патологични отклонения сянката на дълъг ковид. Няма специфично лечение. Лечението се води по органи и системи от конкретните тесни специалисти и при възможност — от мултидисциплинарен екип.

Има ли рискови фактори, които да помогнат за развитие на дълъг ковид?

Да, такива рискови фактори са тежко боледуване в острия стадий на ковид, особено след лечение в интензивно отделение, при наличие на придружаващи хронични болести като диабет, сърдечно-съдови болести, повишено телесно тегло. Имат значение както възрастта, така и полът. По-често от дълъг ковид боледуват възрастните над 65 години и жените. От значение е дори и расата. Повече случаи на дълъг ковид се диагностицират сред бялата раса.

Кои са най-разпространените белодробни болести в България?

Най-разпространени от хроничните белодробни болести са две социалнозначими болести — бронхиална астма и хронична обструктивна белодробна болест (ХОББ). Двете болести засягат по минимум 300 000 души от населението, което прави общ сбор от над половин милион болни. Трябва да се има предвид, че при ХОББ диагностицираните болни са само 25% от всички боледуващи, което означава, че повечето от болните са без лечение. В общата практика болните с тези две болести съставят основния поток от пациенти, които посещават кабинетите на пулмолозите. Трябва да спомена и болните с хронични интерстициални белодробни болести, които в момента са много актуални след ковид-19, защото една част от тях прогресират, увреждат необратимо белия дроб и предизвикват хронична дихателна недостатъчност. Белодробните болести са трети в света сред причините за смърт.

Има ли връзка между лечението и рехабилитацията на тези болести, особено след епизод на изостряне на болестта?

Абсолютно. Болните имат нужда от рехабилитационни процедури. Ако има добре организирана система за рехабилитация, след болнично лечение болните много по-бързо ще придобият качество на живот, което ще им позволи да се върнат към нормален живот. Клиничната пътека поради голямото натоварване на екипите и ограниченото време на болничен престой не позволява задоволителен индивидуален подход, а още по-малко пълно възстановяване на пациента и това е недостатък в лечебния процес, който води до неудовлетвореност от лечебния резултат. При немалка част от пациентите необходимата следболнична рехабилитация се извършва на по-спокойно място, където с подкрепата на медицински екип се извършва индивидуална рехабилитация на остатъчните прояви след острата фаза. При болничното лечение ние повече лекуваме тялото и по-малко душата. В България не се практикува холистична медицина, защото здравеопазването ни се промени така, че е количествено, а не качествено ориентирано. А не е възможно да бъде излекуван човек, на който му е болна и тревожна душата. Тази тема наистина е голяма. Както обикновено казвам на колегите — без състрадание има лечение, но няма изцеление.

Има ли в България, професоре, такива санаториуми за белодробни болести, където да се прилага тази рехабилитация?

Ако има, са твърде малко или поне не такива, каквито бих желал да са. В България връзката между лекари и центровете за рехабилитация е разкъсана. Тя липсва, колкото и да ми

Профил

Проф. д-р Коста **Костов** е консултант по белодробни болести в УМБАЛ „Света Анна", София и дългогодишен ръководител на клиниката по белодробни болести на Военномедицинска академия (ВМА) в периода 2003 – 2019 година. Консултант по белодробни болести на медицински център INSPIRO, София. Професор по белодробни болести. Национален консултант по белодробни болести на НЗОК. Председател на Българското дружество по белодробни болести (БДББ) два мандата 2008 – 2012 г. Специализирал е белодробни болести в Швейцария и интензивна медицина в Санитарната академия на Бундесвера (Мюнхен, Германия). Има завършен курс по лидерство в London Business School. Лектор по белодробни болести в Медицински факултет на Университет „Св. Климент Охридски", София до 2019 г. Лектор по белодробни болести в Медицински факултет на Университет „Проф. Асен Златаров", Бургас от 2021 г.

е мъчно да го кажа. Аз съм от 44 години в тази професия, в белодробните болести повече от 30. Преди знаех къде да изпратя болен за долекуване, днес възможностите са силно редуцирани.

Какво би трябвало да направи държавата?

Връзката на лечебните звена с рехабилитационните и особено с центровете за следболнична рехабилитация трябва да бъде възстановена. Пълното възстановяване след болнично лечение, особено след тежко боледуване, трябва да преминава през рехабилитационни програми. Болничният престой е средно 5-6 дни, рядко повече, поради финансовите и времевите ограничения на клиничните пътеки. Болният излиза от болницата премазан от болестта. Какво прави по-нататък? Необходимо е продължение на възстановителния процес, възможност за следболнична рехабилитация и физиотерапия, ако има нужда от такава. Това е специфична форма на терапия — някой трябва да се погрижи за последствията от болестта, да проведе дихателна рехабилитация. Това подобрява самочувствието на болния, обгрижен от медицински екип на място, на което липсва депресиращата атмосфера от болницата.

Но в България все пак има доста СПА хотели, които могат да се ползват?

В България по моя информация има достатъчно добри хотелски комплекси, регистрирани като медикъл СПА и сертифицирани от Българския съюз по балнеология и СПА туризъм, но без подкрепа от системата пациентите не могат да се възползват масово, защото престоят в тях е много скъп. С помощ от държавата през достатъчно добре финансирана клинична пътека чрез НЗОК, съгласувана с ръководството на Българското дружество по физикална терапия и рехабилитация, би могло това да се случи и наличната база да се използва по-рационално и от повече пациенти. Сега финансирането на рехабилитационните процедури от НЗОК е недостатъчно, за да се възбуди интересът на добрите частни балнеосанаториални комплекси към по-широко предлагане на базата с достатъчен обем на медицински услуги, затова тези, които имат нужда и желание да се възползват, трябва да заплащат от джоба си.

Как би могло да се случи това възстановяване на връзката между болница и рехабилитационен център?

С моя екип искам да събудя интереса на обществото към идеята за оздравяване на разкъсаната връзка със специалистите по рехабилитация и физиотерапия, за да върнем възможностите за почивка и възстановяване на пациентите с хронични белодробни болести по Южното Черноморие. Аз съм бургазлия и това ме мотивира още повече. Преди повече от две десетилетия в района на Свети Влас имаше санаториум, който спря да функционира през 1999 г., а окончателно беше закрит през 2005 година. Днес на неговото място се издига гигантски хотел, който няма същите функции като санаториума, в който се осъществяваше целогодишна рехабилитация на хронични белодробни и ревматологични болести при деца, подрастващи и възрастни. В него имаше, ако не ме лъже паметта, около 400 легла. Амбициран съм да събудим интереса на обществото към възможностите на Свети Влас да върне славата си на място, където се осъществява рехабилитация на болни с хронични белодробни болести. Въздушният поток там е здравословна комбинация между планински и морски въздух, подходяща за ефективно лечение на хронично болни, особено с използване на лечебните свойства на морето и процедурите с морска вода. Концепцията е климато- и морелечение в една здравословна среда под грижите на квалифициран екип.

Има ли шанс това да стане?

Ние вече вървим по пътя на реално осъществяване на тази идея. Аз съм наистина ентусиазиран това да се случи. Приел съм го като мисия. Поради тази причина първата стъпка ще бъде да отворим филиал на медицински център INSPIRO в Свети Влас, за да мога да наблюдавам и придвижвам отблизо този процес. Климатът там е чудесен за лечение. Вече съм в текущи разговори със заинтересовани инвеститори и вероятно в близко време Свети Влас ще предложи нови възможности на болните с хронични белодробни болести да получат по-добро качество на живот. В България има все още много нереализирани възможности за медицински туризъм, включително на чужди граждани. Необходими са повече личен ентусиазъм и институционална подкрепа тези възможности да се превърнат в реалност.

Районът на Свети Влас ли е единственото здравословно съчетание на море и планина?

Не, но е най-доброто такова съчетание от морски и планински въздух, благоприятен климат. Използването на тези предимства ще допринесе за привличане интереса и на чужди туристи, които имат интерес към здравен туризъм. Това ще повиши и авторитета на моя роден край, ще освежи лицето му, ще превърне това кътче от българското Черноморие в привлекателно място за здравословен отдих.

Интервюто взеха
Десислава Николова и Йово Николов

Профил

Проф. **д-р** Васил Яблански, дм, е началник на Клиниката по ортопедия и травматология на „Аджибадем Сити клиник УМБАЛ Токуда“. Завършил е медицина в Тракийския университет. Получава специалност „Ортопедия и травматология“ през 2001 г. Има тясна специализация в областта на ендопротезирането. Преминал е квалификационни курсове по първично и ревизионно ендопротезиране в Германия, Австрия, Япония, Франция и Швеция, гръбначна хирургия в Испания, Турция и Израел, както и много други специализирани курсове в различни световни водещи центрове. Проф. Яблански е преминал допълнително обучение в сферата на костната и ставната хирургия в Залцбург, Австрия, както и в хирургичното отделение на университетската болница Duke в Северна Каролина, САЩ. Притежава магистърска степен по „Обществено здраве“ от университета Hebrew в Йерусалим, Израел, както и магистърска степен по здравен мениджмънт. Работил е осем години в Отделението по ортопедия и травматология на Университетската болница в Стара Загора, след това постъпва в УМБАЛ „Царица Йоанна“ – София. При откриването на „Токуда болница София“ е поканен за началник на отделение по ортопедия и травматология. През 2016 г. придобива академична длъжност доцент, а през 2021 – професор. Членува в Българската ортопедична и травматологична асоциация, Европейското дружество за хирургия на тазобедрена става и Американската асоциация на ортопедичните хирурзи.

Проф. д-р Васил Яблански,
началник на Клиниката по ортопедия и травматология на „Аджибадем Сити клиник УМБАЛ Токуда“

Смяната на ставите най-често е необходима след 65-годишна възраст

В световен план се смята, че операцията за смяна на тазобедрена става е една от най-ефективните медицински процедури по отношение на качеството на живот. Така ли е?

- Операцията за смяна на тазобедрена става, както и на други стави, колянна например, наистина е сред най-ефективните медицински процедури, свързани с качеството на живот. Това ясно беше дефинирано преди време от Световната здравна организация. Можем да ги определим като най-ефективни, защото решават драстично един значителен проблем, свързан с двигателната активност на пациентите.

Както знаем, в последните десетилетия продължителността на живот се увеличава значително, което повишава и необходимостта от движение във все по-напреднала възраст. Именно тук е мястото на ендопротезирането, или смяната на става, като тази операция позволява на пациентите въпреки напредналата възраст и износените стави да продължат един изцяло нормален живот, да извършват всички активности от ежедневието си, да практикуват различни видове спорт и редица други дейности, които в миналото бяха табу за пациентите в т.нар. трета възраст.

Именно поради факта, че са ефективни, тези операции са и често прилагани в ортопедичната практика и в годините се развиха значително. Ако в миналото в България имаше едва няколко големи центъра, в които се извършваше ендопротезиране на стави, в наши дни е все по-популярно и достъпно за много клиники и отделения в страната. В нашата клиника се извършват над 300 подобни операции на година. Моите наблюдения са, че ендопротезирането е една изключително резултатна операция, която едномоментно решава множество проблеми на пациентите.

На каква възраст е препоръчително или след какви житейски събития да се сменят стави?

Няма възраст, в която да е препоръчително, най-общо казано, ставата се сменя, когато консервативните методи за лечение са изчерпани, а качеството на живот на пациента е силно влошено.

Най-често проблемът засяга хора във възрастовата група над 65 години. Това, разбира се, е съвсем логично, тъй като принципът на увреждането на една става е износването ѝ. С времето хрущялът се изтрива постепенно поради напредване на възрастта, дегенеративни изменения на хрущяла, физическо натоварване, някои специфични заболявания. Именно тогава на пациента му се налага да пристъпи към избор на подобна интервенция.

Бих отбелязал, че макар операцията да звучи тежка, в наши дни техниките за извършване на смяна на става са много напреднали благодарение на технологиите и усъвършенстването на инструментите, разбирането за механиката на самата става. Тази операция преминава сравнително леко за пациентите. Те се изправят още на първия ден след операцията, ползват помощни средства в доста лек вариант в рамките на 30 дни, след което се позволява пълно натоварване.

Какви са съвременните протоколи за щадяща хирургия при смяната на стави предвид факта, че на подобни операции преимуществено се подлагат хора в напреднала възраст?

- Съвременните подходи са в няколко направления — от една страна, в наши дни използваме все по-миниинвазивна хирургия. Съвременните протоколи са свързани с въвеждането на няколко основни фактора, които влияят на по-бързото и лесното възстановяване на пациентите. На първо място това е използване на миниразрези или минидостъпи. В наши дни един разрез за поставяне на изкуствена тазобедрена става е 7–8 см, докато в миналото такива разрези са били в порядъка на 20–30 см, включително в няколко равнини и т.н.

Миниинвазивният подход е свързан и с факта, че сега използваме достъпи до ставата, при които не се налага прерязването на мускулни групи, които след това да изискват време за възстановяване. Използват се достъпи, с които се преминава между самите мускулни групи и така се достига до тазобедрената става. От друга страна, съвременните протоколи са свързани до голяма степен и с развитието на индустрията и технологиите. Модерните импланти за тазобедрена става имат специални покрития, които позволяват отлична остеоинтеграция, или зарастване >74

Модерните импланти за тазобедрена става имат специални покрития, които позволяват отлична остеоинтеграция, или зарастване на костта към ставата.

на костта към ставата. Те са с керамични покрития, от които очакваме значително удължаване на живота на самата изкуствена става. В миналото казвахме, че над десет години е добър резултат, днес от един съвременен имплант очакваме тридесет години и дори повече. Други тенденции са използването на все по-малки импланти, по-къси стебла, монокомпонентни детайли. Това са основните аспекти, които ни довеждат до съвременните протоколи за щадяща хирургия.

Тук е моментът да отбележа, че в последните години полагаме големи усилия за много точен и прецизен контрол върху болката от операцията. С използването на напълно съвременни подходи като локална инфилтрация на специални медикаментозни разтвори се създават всички условия операцията да премине без съществена болка за пациента.

Наблюдава се тенденция заради прекомерната употреба на някои лекарствени продукти през пандемията на необходимост и по-млади хора да преминават през смяна на стави – имате ли такива наблюдения и какъв процент са такива пациенти?

- За съжаление — да, понякога смяната на тазобедрена става се налага и при много млади пациенти. Най-често необходимостта от смяна на тазобедрена става при тях е свързана с друго основно заболяване. Най-разпространеното заболяване е т.нар. остеонекроза или асептична некроза, която се развива поради нарушено кръвоснабдяване на главата на бедрената кост или поради нарушение на малките съдове, които доставят кръв до зоната на бедрената глава. Това води до бързата ѝ увреда и необходимостта от имплантиране на изкуствена става. Остеонекрозата на тазобедрената става е заболяване с неясни причини за настъпването му, но често асоциираме със системното лечение на пациенти с кортизонови препарати. Тук е мястото да спомена ковид пандемията, за която знаем, че в началните етапи като част от алгоритъма за лечение ударно се използваха кортизонови препарати, а неминуемо това носи своите последствия във времето. Поради тази причина в последните години забелязваме все повече и повече млади пациенти да идват при нас с вече увредени стави и необходимост от ендопротезиране. Други подобни заболявания са вродени деформации в детска възраст, дисплазия на тазобедрената става, пациенти със системни заболявания от типа на различни типове автоимунни артрити и редица други.

Препоръчвате ли профилактично поведение и на младите хора и особено на преболедувалите ковид?

- За профилактика е трудно да говорим при подобни пациенти, единственото, което мога да препоръчам или по-скоро да направя едно напомняне към всички пациенти — независимо от възрастта им, ако се появят неясни болки в областта на тазобедрената става, кръста, слабините или бедрото, които са едни от първите симптоми на подобни състояния, да потърсят консултация с ортопед.

Какви видове стави съществуват и как да изберем?

- На фона на тенденциите при новите импланти наистина е труден въпрос как да изберем. В наши дни пациентите са „обилно“ информирани от интернет и множеството страници по темата. Има изобилие от всевъзможна информация за импланти за тазобедрена, колянна или други стави, поради което пациентите често идват объркани при нас и не знаят какво да изберат. Добре е да подчертая, че подходът при избор на имплант е доста индивидуален към всеки пациент, да не говорим, че вече използваме и стави, които са произведени за конкретния пациент. Естествено, те се използват само при пациенти, които имат някакви много специфични изменения на костите в зоната на ставата. Моят съвет тук е да се доверите на лекаря, който ще извърши операцията, да ви препоръча подходящата за вас става.

Shutterstock

Възпреки значителния напредък в ортопедичната хирургия пациентите плащат значителна сума за импланти от съвременно поколение, тъй като НЗОК поема само малка част от стойността им.

Като лекар виждате ли някакво ограничение пред достъпа на пациентите до навременно лечение и най-вече реимбурсират ли се напълно новите оперативни методи и качествените изкуствени стави, за които споменахте?

- Достъпът на пациенти до навременно лечение в България е доста лесен. Ако пациент има нужда от консултация с лекар специалист, това се случва в изключително кратки срокове, сравнено с някои водещи държави със силни икономики в Западна Европа. Във Великобритания пациент, на когото му предстои подобна операция, първо трябва да изчака половин година за консултация със специалист и понякога дори две години, докато дойде планираната дата за провеждане на ендопротезирането. В България, както споменах, достъпът до лекаря е сравнително лесен и може да бъде извършен в рамките на месец, както и планирането на операцията може да се осъществи в рамките на няколко месеца от срещата с лекаря. Така че навременното лечение и достъпът са осигурени.

Друга тема е дали реимбурсирането покрива изцяло качествените изкуствени стави. За съжаление — не. НЗОК поема една малка част от стойността, която е напълно недостатъчна, а пациентите трябва да платят значителна сума за имплант от съвременно поколение.

Интервюто взе Десислава Николова

Иновации в рехабилитацията

Първият невростимулиращ костюм връща мобилността на пациенти с множествена склероза, бягаща пътека с почти нулева гравитация възстановява двигателната активност след операции

Рехабилитацията е от изключително значение при възстановяване на пациенти след травми, оперативна намеса, преживян инсулт или неврологични заболявания. Да бъдат отново социални, да се грижат сами за себе си, да са полезни в дома и да са работоспособни помага както на самите пациенти, така и на техните семейства и близки. В световен мащаб над 2.4 млрд. души биха могли да подобрят здравословното си състояние ефективно от рехабилитация според данни на СЗО. По тази причина растат и възможностите и иновациите в полето на рехабилитацията.

Медицински център „Медикеар плюс“ предлага два иновативни метода на рехабилитация в столицата. Сред тях е първият в света невростимулиращ костюм. Той подобрява мобилността на пациенти с множествена склероза, церебрална парализа, инсулт, фибромиалгия и други неврологични заболявания. Костюмът е създаден от шведски инженер първоначално за намаляване на тремора при пациенти с болест на Паркинсон и инсулт. Чрез своите 58 електрода и нискочестотна електростимулация костюмът се програмира за всеки пациент след първоначален преглед на състоянието на всички мускулни групи. Така в зависимост от заболяването при всеки пациент се въздейства индивидуално.

Костюмът помага за облекчаване на хроничната болка, като отпуска спастичните и напрегнати мускули безопасно и лесно. Например, ако бицепсът е напрегнат, костюмът стимулира трицепса, което от своя страна отпуска бицепса.

Спастичността засяга около една трета от всички пациенти, преживели инсулт, и може сериозно да повлияе на качеството им на живот. Болезнени мускулни спазми, скованост на крайниците, свити пръсти на краката и свръхактивни рефлекси влияят негативно на мобилността на пациента. Exopulse Mollii спомага за намаляване на тези ефекти и дава възможност на засегнатите да се движат и чувстват по-добре.

Терапията с Exopulse Mollii е с продължителност 60 минути през ден. Пациентът е в покой по време на процеса на стимулация.

Единствената в София антигравитационна пътека AlterG се намира в рехабилитационния център на „Медикеар плюс“. По време на движение лекуваният се намира в напълно защитена среда. Антигравитационният ефект позволява редуциране на теглото на ползващия пътеката до 80%. По този начин намаляват усещането за болка, напрежението в ставите, рискът от падане или претоварване. Използвайки технология, която първоначално е била разработена за НАСА, AlterG позволява на потребителите да ходят или да бягат с по-малко тегло и натоварване в долната част на тялото.

Антигравитационната пътека се прилага много активно за възстановяване на пациенти при увреда или подмяна на коляна или глезенна става, лумбална дискова херния, след инсулт, при неврологични заболявания, ограничаващи движението, както и при наднормено тегло. Когато ходенето е съпътствано с постоянна болка или е изключително затруднено, AlterG го прави възможно, като създава усещане за безтегловност. На монитора на апарата се следят и контролират натоварването, сърдечният ритъм и кислородното насищане.

Тя е отлично средство и за спортисти, които искат да подобрят издръжливостта си или се възстановяват след травма.

Пациентите могат да запазят час за рехабилитация в МЦ „Медикеар плюс“ на 0879 19 11 81.

Колко надалеч ще вижда детето ми

Късогледството, или миопията, става все по-разпространен проблем при децата по света и в България

Мила Чернева| mila.cherneva@capital.bg

Миопията — по-позната като късогледство, става все по-сериозен проблем по света. По-притеснителното е, че се увеличава при децата. Според проучване, публикувано в Британския журнал по офталмология през 2024 г., световното разпространение на късогледството в детска възраст е значително и засяга приблизително една трета от децата и юношите. Изследването обхваща над 5.4 млн. души от 50 държави и показва, че между 1990 и 2023 г. късогледството се е увеличило три пъти и достига 36% от населението. Очаква се броят на случаите по света да надхвърли 740 милиона до 2050 г. Учените твърдят, че локдауните заради COVID-19 са имали отрицателно влияние върху зрението на децата, защото те са прекарвали повече време пред екраните и по-малко време навън.

В цялата тази ситуация ролята не само на лекарите, но и на родителите е особено значима, когато става въпрос за грижата за детските очи. За да са те по-информирани, разговаряме с проф. Ива Петкова и проф. Христина Групчева, водещи офталмолози в България. И двете употребиха една ключова дума за късогледството при децата — пандемия.

Причините

Всъщност се оказва, че повечето деца са далекогледи. „По принцип децата са малки и светът около тях е разположен на близки разстояния — никое дете не се старае да гледа на разстоянията, които използваме като еталон при възрастните“, казва проф. Христина Групчева. Тя е член на Българската академия на науките, на множество престижни международни организации и има над 35 години активен клиничен опит. Проф. Групчева уточнява, че късогледите деца в ранна възраст, до 7-годишна възраст, в България са рядкост.

Наследствеността е основна причина за късогледството (както и далекогледството), което е състояние, което се предава генетично, отбелязва проф. Групчева. Затова и е важно да следим децата на хора с високи диоптри, казва проф. Ива Петкова, която е дългогодишен национален консултант по офталмология и собственик на клиника „Зора“ в София. Тя добавя, че най-голям риск за развитие на късогледство имат недоносените деца, които заради това сте-

Shutterstock

чение на обстоятелствата са развили ретинопатия на недоносеното. „Тя може да мине от само себе си“, казва проф. Петкова.

Христина Групчева казва и че средата е особено важна за развитието на късогледство. „Деца, които прекарват повече от два часа на открито, имат по-ниско ниво на миопия, при тях тя не се развива толкова бързо или интензивно“, споделя тя. Неслучайно критична точка за това състояние е тръгването на училище. И ако късогледството преди петгодишна възраст е рядко, то се развива доста по-често, когато децата са в предучилищна възраст или вече на училище. „В училищна възраст едно малко късогледство може да се затвърди и порасне — това е т.нар. училищно късогледство“, казва проф. Петкова. То е характерно за възрастта между 8 и 13 години.

Не на последно място, разбира се, са екраните. „Контрастът при тях не е естественият, който виждаме в природата. Наскоро участвах в жури на дисертация, която показа, че по време на пандемия в определена популация в Старозагорски район е имало повишаване на случаите на миопия, защото децата са увеличили екранното си време и не са прекарвали достатъчно часове на открито“, разказва проф. Групчева. Това българско изследване е поредното потвърждение за сериозните проблеми, които създават видеодисплеите в днешно време (виж карето).

Кога и как се преглеждат децата

Първият преглед на очите се случва непосредствено след раждането на детето при неонатолог. Прегледите на детското зрение в най-ранна възраст са предизвикателство. „Нещата при децата са доста трудни поради това, че не може да кажат как се чувстват“, добавя проф. Петкова и напомня, че те не са „умалени възрастни“, а към тях трябва да има специално отношение. Първият реален офталмологичен преглед с комуникация с детето е на около тригодишна възраст, казва проф. Христина Групчева. „И все пак зависи — срещала съм деца, които още на две години могат да се справят с всички тестове, които използваме“, казва тя. Сложното при очния преглед на най-малките деца е именно, че трябва да се определи зрителна острота, а това е субективно. Този преглед се случва с карти и специални тестове, т.е. зрението се определя по реакцията на детето.

Отделно родителите могат да наблюдават децата за признаци на лошо зрение като приближаване до обектите, присвиване на очите или кривогледство. Проф. Групчева казва и че мониторирането на зрението и „домашна проверка“ може да се прави от родителите. Детето проверява с всяко око поотделно, с очила (ако носи такива) дали вижда едни и същи дребни обекти от едно и също разстояние. Ако детето съобщи или родителят отчете, че има намаление на зрението, е необходимо да се направи преглед извън препоръчителните.

В първите години на детството грижата е в ръцете на личните лекари, а не на специалисти в офталмологията. При т.нар. джипита се прави стандартен преглед с таблица с по-големи и по-малки символи. „Добрият начин да се прегледа детето е да се затвори със специалните очила едното око и да се прегледат очите поотделно“, подчертава проф. Петкова. И двете професорки са съгласни, че в момента не е отделено достатъчно добро внимание на офталмологичната грижа за деца, тъй като в първите години тя е поверена на личните лекари и добрата воля на родителите.

Проф. Групчева обяснява още, че се правят и прегледи, при които задължително се измерва рефракцията (оптичната сила на окото) след циклоплегия (блокиране на акомодацията), като в последните години е задължително и измерването на дължината на очната ябълка. Тези два обективни параметъра дават информация за характеристиките и прогресията на миопията. „Точната диагноза изисква блокиране на акомодацията с капки и едва тогава сме в състояние да определим диоптъра на късогледството или далекогледството“, уточнява тя. Много често късогледството се засича на компютърни апарати. Без разширение на зеницата те не дават достоверни резултати, т.е. не е сигурно, че детето е късогледо, затова трябва да се извършват прецизни изследвания, преди да се предписват очила.

Детето е късогледо. Сега какво

„Късогледството няма регрес — то може само да прогресира. Съвременният подход при установяване на късогледство е предприемане на мерки за контрол. Това означава, че ние не можем да спрем развитието му напълно, но правим опит да забавим хода на прогресията“, казва проф. Групчева.

Първо, детето трябва да получи >78

Профил

Чл.-кор. проф. д-р Христина **Групчева** е офталмолог, член на Българската академия на науките, на Световната академия по офталмология и множество европейски и световни организации, както и председател на Българското дружество по офталмология. Тя има над 35-годишен опит в рефракцията и контактната корекция, както и в менажирането на късогледството и усложненията, свързани с него.

Децата, екраните и очите

Според научна статия в Review of Myopia Management 95% от американските тийнейджъри притежават смартфони, както и 85% от децата на възраст между 12 и 15 години във Великобритания. Изследване на Съвета за електронни медии (СЕМ) в България, представено в началото на 2024 г., показва, че 83% от децата на възраст от 0 до 18 години използват електронни устройства като смартфон, таблет или компютър. Средната възраст, на която децата започват да използват смартфон, таблет или компютър, е 5 години и 9 месеца. Американската академия по педиатрия препоръчва никаква употреба на дигитални медии (с изкл. на видеоразговори) при деца под 18 до 24 месеца и фокус върху образователни медии, когато децата все пак започнат да използват екрани. Все повече научни проучвания показват тенденция за връзка между часовете, прекарани от децата пред екрани, и миопията.

Профил

Проф. д-р Ива **Петкова** има над 40 години опит като офталмолог. Преподавала е в Медицински университет – София, над 30 години. Била е национален консултант по офталмология в периода 2010 – 2019 г., а от 2019 г. е член на Експертния съвет по очни болести. Собственик и управител на СБАЛОБ „Зора“.

адекватна корекция — точна, нито много висока, нито много ниска, т.е. да се определи оптималният диоптър. Второ, трябва да се избере подходяща мярка за контрол на миопия. Най-популярната мярка са стъклата за контрол на миопията, които се поставят на стандартна рамка и не се отличават от обичайните очила. „Те са най-класическият вариант с минимален риск от усложнения“, казва проф. Групчева. Проф. Петкова добавя обаче, че те не са безобиден вариант и е важно да има контрол как са направени, като е значимо какво е разстоянието между върха на роговицата и задната повърхност на очилата.

Втората е фармакологичната, а именно капки с много нисък процент на атропин. Това е веществото, което се използва за разширяване на зениците, но в случая става въпрос за препарат, който е много силно разреден — до 0.01%. Това е и мярката, върху която родителите има най-голям контрол, казва проф. Христина Групчева, като причината е, че те отговарят за поставянето им ежедневно.

Третият метод са контактните лещи. Те могат да са такива за носене през деня или отокералогични лещи, които се носят по време на сън. Професор Групчева е противник на спането с лещи, особено в детска възраст, поради повишения риск от инфекции. В последните години обаче ѝ се налага да проследява деца с ортокертологични лещи, тъй като има много малки пациенти от Украйна, където ортокератологичните лещи са най-популярната мярка за контрол на миопията. Контактните лещи са елегантен

Препоръчва се децата да прекарват поне два часа навън, за да се намали рискът от миопия.

вариант, но проблемът е, че децата трябва да се обучат на добри грижи и хигиена. „Аз не допускам в моята практика дете да носи контактни лещи, без да може да ги поставя и сваля само. Обучаваме и родителите, но те са за подкрепа, детето трябва да е независимо, особено ако му се наложи да обслужи лещите в училище. Ако детето се справя добре, това е най-адекватната профилактика на евентуалните проблеми“, казва проф. Групчева. Проф. Петкова също е скептична за масова употреба на лещи при деца, защото спазването на хигиена при тях и предпазването от инфекции е по-сложно.

Реално комбинацията от методите е най-обичайният начин за лечение.

На въпрос за операция за корекция на диоптъра проф. Групчева отбелязва, че е добре да се мисли за този тип перманентен подход след навършване на пълнолетие, за да може пациентът да вземе сам информираното решение. „Хирургическата корекция е вграждането на диоптъра в определен оптичен елемент на окото, най-често в роговицата. С помощта на лазер се променя диоптричната сила, без това да „лекува“ късогледството. Съществува и вариант за имплантация на вътреочна „контактна“ леща, особено при много висока миопия“, обяснява тя. Ако обаче все още има процес на прогресия, т.е. късогледството се влошава, не е логично да се извърши операция. Минималния период без прогресия преди операция е 12 месеца, като по-добре е проследяването да бъде 2 години.

След като има назначени мерки, не по-малко важно е проследяването, което се случва обичайно на половин година.

Календар на прегледите

Дейността на общопрактикуващите лекари по програма „Детско здравеопазване“ включва извършване на обща оценка на зрение на шестмесечна и на едногодишна възраст на детето; изследване на зрителната острота – веднъж на петгодишна възраст; изследване за зрителна острота и цветоусещане трябва да се провежда ежегодно за лица от 7- до 18-годишна възраст. Това е информацията от НЗОК. В случай че е необходимо ранно откриване на вродена или наследствена очна патология на деца с родители с вродени или наследствени проблеми като катаракта, глаукома, висока миопия и др., личният лекар насочва детето за консултативен преглед с лекар – специалист по очни болести, еднократно между 6-месечна и едногодишна възраст.

Не само очила, трябва и грижа

Освен конкретните методи на лечение има и промени в начина на живот, които влияят на зрението на децата. Някои съвети са съвсем прости. Проф. Ива Петкова припомня, че при работа пред екран е хубаво на интервали от 30 до 60 минути да се правят почивки. Тя се шегува, че след половин час работа е хубаво да се стане от компютъра, за да изхвърлите боклука, да измиете чиниите, да се разходите.

„Аз препоръчвам на деца с късогледство да намерят спорт на открито и вариант да прекарват време там“, казва проф. Групчева. „Другото важно е начинът на хранене, който има огромно значение за развитието на миопия. Разбира се, не значи, че детето трябва да яде само моркови“, шегува се проф. Групчева. Зеленчукът е известен с това, че съдържа бета-каротин, който организмът ни превръща във витамин А, важен за доброто зрение. Тя обаче добавя, вече съвсем сериозно, че трябва да се избягват консервантите и да има достатъчно количество наситени мастни киселини в диетата на децата. „Доказано е, че това има значение за развитието и прогресията на миопията. Вероятно именно това е причината Средиземноморският район да е пощаден от този проблем — заради маслинено масло в диетата“, споделя тя.

Когато става дума за екранно време при децата, има значение и къде гледат те. „За предпочитане пред телефона е таблетът и пред таблета — мониторът на компютър, тъй като води до по-малко напрежение на акомодацията и по-добър контрол на миопията“, казва проф. Групчева. | **К**

Профил

Д-р Светослав **Димитров** е специалист съдов хирург с над 15 години медицински опит. Той е завършил Медицински университет (МУ) – София, има придобита и магистърска степен „Обществено здраве и здравен мениджмънт“ във Факултета по обществено знание на МУ – София. През 2017 г. придобива медицинска специалност „Съдова хирургия“, а през 2018 г. успешно защитава дисертация на тема „Оптимизиране на предоперативната диагностика на пациенти с мозъчно-съдова болест“ към МУ – София, и придобива научна и образователна степен „доктор“. Преминал е през всички етапи на йерархията до началник на отделение към Клиниката по съдова хирургия на УМБАЛ „Проф. д-р Александър Чирков“ – София, и до главен асистент към Катедрата по сърдечно-съдова хирургия и инвазивна кардиология на МУ – София. От 2023 г. е управител на Медицински център „Уни хоспитал“ – София. Автор е на над 50 научни публикации и съобщения в български и чужди научни издания и участник в научни проекти към МУ – София, както и в множество форуми, конгреси, семинари и др.

Д-р Светослав Димитров,
управител на Медицински център „Уни хоспитал“

Най-честата причина за появата на разширени вени е фамилната обремененост

Венозните заболявания са включени в списъка на така наречените болести на цивилизацията. Какви са най-честите симптоми?

Венозните заболявания са група заболявания, които са хронични, прогресиращи и влошават качеството на живот на пациентите. За съжаление, през последните години се наблюдава „подмладяване“ на тези заболявания заради все по-заседналия начин на живот, който водим, и вредните навици от ежедневието.

Обичайно разширените вени са само симптом на венозната недостатъчност, която представлява слабост на съединителната тъкан, изграждаща венозната стена. С течение на времето годините, часовете, прекарани в седнало или право положение, физическото натоварване, хормоналните преустройства в организма стената на вените се отпуска и се появяват характерните симптоми и прояви на венозната недостатъчност. Те могат да бъдат тежест в долните крайници, напрегнатост и оток, особено в края на деня или преди менструалния цикъл при жените, по-рядко болка и тръпнене, крампи, видими паяжинообразни вени, по-големи разширени вени, промени по кожата, дори рани.

Какви са причините за тези заболявания? Кой е най-предразположен към т.нар. разширени вени, има ли генетична обремененост, хората от кои професии са сред най-страдащите?

Най-честата причина за появата на разширени вени е фамилната обремененост. При подробен разпит при 60% от пациентите се открива история за майка/баща или баба/дядо, страдащи от разширени вени. На второ място е начинът на живот. Професии, които налагат продължително седене/стоене на едно място, вдигане на тежко, работа на топло са по-предразположени към поява на разширени вени. В този смисъл варикозата е по-често срещана сред хора, които практикуват професии като преподаватели, лекари, дентални лекари, готвачи, шо- >80

фьори, фризьори, а напоследък все по-често и сред тези, чието ежедневие налага часове седене пред мониторите — счетоводители, IT специалисти и др.

Други провокиращи фактори за поява на симптоми на венозна недостатъчност са тютюнопушенето, наднорменото тегло, навикът да се кръстосват краката, носенето на тесни дрехи или обувки, високи токчета, приемът на хормонални препарати, видът на кожата, прекомерното излагане на слънце или топли процедури като сауни, парни бани, соларииуми. Полът и възрастта също имат значение — жените страдат от варикоза по-често от мъжете и усещат симптомите на венозна недостатъчност по-силно от тях, а с нарастване на възрастта броят на хората, страдащи от болести на вените, също се увеличава.

Какви са методите за диагностициране на разширени вени на долните крайници?

Всеки преглед започва с правилно снета анамнеза за оплаквания, налични рискови фактори, фамилна анамнеза. Оценка на обективното състояние на крайниците насочва към диагноза „венозна недостатъчност“, а с помощта на съвременните ехографски апарати може да се извърши изключително точно изследване на състоянието и анатомията на венозната система. Това позволява да се състави и адекватен „план за действие“, ако се налага интервенция. Правилната диагностика на повърхностната и дълбоката венозна система е важна за очакванията и крайните резултати при лечението на венозната недостатъчност.

Какви са неоперативните методи за лечение?

Консервативното лечение на разширените вени е задължително съпътстващо за всеки стадий на болестта. То включва еластокомпресия и приложение на венотонични медикаменти, чиято цел е да намали налягането във венозната система и по този начин да се облекчат клиничните прояви на заболяването. Приложението им подобрява еластичността на съдовата стена и работата на венозния клапен апарат, като по този начин се забавя прогресията на състоянието.

Кога се препоръчва операция на разширени вени и доколко тя е травматична?

Съвременните методи за лечение на разширените вени включват процедури, които не налагат отсъствие на пациента от работа или от активен социален живот. Те могат да се осъществяват в амбулаторни условия и предполагат минимална до никаква болка.

Оперативните интервенции по чисто медицински причини се налагат, когато пациентите съобщават за оплаквания от страна на разширените вени или когато тези вени са се възпалявали, имали са тромбофлебити, когато има промени по кожата и са пред отваряне на рани, когато вените са над определени размери. Не бива да се подценява и фактът, че често начинът, по който изглеждат една или повече вени, е първопричината за посещение при лекар, така че чисто естетичните подбуди също са причина за инвазивна процедура на вените.

Класическата операция днес заема все по-малка част сред методите за инвазивно лечение на разширените вени, тъй като тя е по-травматична като процедура.

Какви видове операции съществуват и какви са предимствата и недостатъците им?

Има различни начини за справяне с разширените вени, като кой метод ще се избере при конкретния пациент зависи от много фактори. На първо място, това е анатомията и размерът на вената. Също така значение имат и изискванията на пациента — неговите/нейните очаквания. Винаги се търси минимално инвазивният подход, който не нарушава ежедневието и качеството на живот на пациентите. Съвременните методи за лечение на разширените вени включват процедури, които не налагат отсъствие на пациента от работа или от активен социален живот. Те могат да се осъществяват в амбулаторни условия и предполагат минимална до никаква болка.

Най-неинвазивният метод е склеротерапията, при която в лумена на вената с тънка игла се въвежда вещество, което я запълва и води до пълното ѝ изчезване. Рядко е възможно оцветяване на кожата на мястото на въвеждане на веществото, което до няколко седмици след процедурата изсветлява и изчезва.

Ендовенозната аблация се прилага при по-големи по диаметър вени и е алтернатива на отворената хирургична операция, или т.нар. стрипинг, който е класическият метод за лечение на разширени вени. Аблацията бива два основни вида — лазерна и радиофреквентна, в зависимост от източника на топлина, който загрява и коагулира — разрушава вената. В първия случай се използва лазерната енергия, а във втория — радиофреквентният ток. Процедурите се извършват под локална (тумесцентна) анестезия и ехографски контрол.

И двата метода са термални миниинвазивни процедури, при които във вената се въвежда влакно, като крайният резултат е „запечатване“ на вената, изключването ѝ от кръвообращението, което не само не се отразява неблагоприятно на останалите съдове, а дори напротив — подобрява и облекчава венозния дренаж на целия крайник. Ендовенозната аблация може да се съчетае със склеротерапии на клончета, микро- и/или минифлебектомии — отстраняване на разширените вени чрез малки кожни разрези със специален инструментариум (кукички).

Механо-химичната аблация е минимално инвазивен нетермален метод за лечение на варикозата, съчетаващ механично и химично действие върху третираната вена. Процедурата се извършва със специални устройства под ехографски контрол. Предимството на тази техника е, че липсва необходимост от тумесцентна (локална) анестезия.

След ендовенозни процедури пациентите се насърчават да се движат и носят ластична компресия по препоръка на лекуващия лекар.

Лигатурата и стрипингът е хирургична интервенция, чрез която се отстраняват варикозните вени на долните крайници. Операцията се провежда в болнична обста-

Shutterstock

новка под спинална или венозна анестезия. Тя намира своето място в случаите, когато останалите методи за лечение на варикозата не са подходящи — силно разширени (>2 cm) и/или нагънати вени, асцендиращ тромбофлебит, рецидивни вени. Постоперативният период е по-дълъг, а възстановяването — по-бавно.

Какви са възможните усложнения?

Усложненията, които могат да настъпят, са много разнообразни — от промяна в цвета на кожата, големи хематоми, оток на третирания крайник до дълбока венозна тромбоза. Днес при правилни диагностика и избор на метод за лечение те са сведени до минимум. Важно е обаче пациентите да бъдат информирани за тях преди процедурата, както и какво ще бъде поведението, в случай че настъпят.

Кой метод ще се предпочете е строго индивидуално при всеки пациент и се коментира по време на клиничния преглед, когато според изследванията се излагат всички „за“ и „против“ даден метод. Пациентът е активен „партньор“ на лекаря във всяка стъпка от процеса на лечение на варикозата, но все пак изборът на инвазивен/оперативен метод се определя от съдовия хирург.

Какви са вашите препоръки за превенция?

Болшинството пациенти очакват, че след интервенция или проведено лечение никога повече няма да имат проблеми с вените, но това не е така! Венозната недостатъчност е хронично, прогресиращо състояние, което няма окончателно излекуване. Провеждането на терапия с медикаменти, мазила, ластична компресия само облекчава симптомите и забавя развитието на процеса, но не го премахва дефинитивно. Оперативните интервенции и мининвазивните процедури пък са насочени към видимите прояви на венозната болест, но не профилактират появата на нови вени или нови клинични изяви на заболяването. Движението, приемът на течности, избягването на прекалено топли процедури, тесни дрехи, практикуването на спорт, предимно кардио, са полезни за пациентите с разширени вени. Ако трябва да степенуваме спортовете по полезност, за пациентите с венозна недостатъчност на първо място е плуването, следвано от колоездене, ходене, тичане. Вдигането на краката нависоко в края на деня или раздвижването за 10–15 мин. на всеки час седене или стоене са полезни за профилактика на разширени вени и венозна тромбоза. Обливането на краката със студена вода също бързо облекчава симптомите на венозната болест.

Симптомите са тежест в долните крайници, напрегнатост и оток, особено в края на деня, по-рядко болка и тръпнене, крампи, видими разширени вени.

Съветът ми към пациентите е, ако имат съмнение за разширени вени или венозна недостатъчност, да не отлагат посещението при лекар специалист, защото колкото по-навреме се вземат мерки, толкова по-ефективни биха били те в дългосрочен план. Профилактиката на венозната болест е не по-малко значима от терапията.

Интервюто взе Мара Георгиева

Д-р Даниел Ставрев,
акушер-гинеколог и репродуктивен специалист в АГ болница „Селена“ - Пловдив

Революцията в замразяването на яйцеклетки: Предефиниране на времевата линия за родителството

ПРОФИЛ

Д-Р ДАНИЕЛ СТАВРЕВ е акушер-гинеколог и репродуктивен специалист. Професионалните му интереси са насочени към репродуктивното здраве и оперативната гинекология. Специализиран в извършването на коремни и лапароскопски операции при стерилитет, ендометриоза, миома и др. Специализирал в един от най-големите лапароскопски институти в света - IRCAD.
Д-р Даниел Ставрев е част от екипа на университетската специализирана АГ болница „Селена“ в Пловдив. Лечебното заведение разполага с един от големите инвитро центрове в страната с успеваемост на процедурите по асистирана репродукция, надвишаваща средната за страната. Клиниката по акушерство и гинекология към болница „Селена“ се нарежда на второ място в България по брой родени бебета, като за миналата година (2023) специалистите са посрещнали 2811 новородени.

Д-р Ставрев, защо замразяването на яйцеклетки се превърна в толкова популярна възможност за жените през последните години?

Замразяването на яйцеклетки придоби популярност както благодарение на напредъка в медицината, така и на промените в обществената динамика. От медицинска гледна точка усъвършенстването на техниките за витрификация значително подобри степента на оцеляване на яйцеклетките по време на процеса на замразяване и размразяване, което води до по-висок процент на успех при бременности, използващи замразени яйцеклетки. Този напредък направи замразяването на яйцеклетки по-надеждна опция за запазване на плодовитостта.

От социална гледна точка много жени

избират да отложат майчинството по лични или професионални причини. Кариерата, образованието и финансовата стабилност често са приоритетни, а замразяването на яйцеклетки предлага на жените свободата да се съсредоточат върху тези цели без натиска на тиктакащия биологичен часовник. Възможността изглежда привлекателна и за жени, които все още не са намерили правилния партньор, но все пак искат да запазят възможността да имат биологични деца на по-късен етап в живота. Освен това замразяването на яйцеклетки все повече се разглежда като проактивна стъпка и форма на контрол в управлението на репродуктивното здраве.

Пациентите, които идват на консултация при мен и замразяват яйцеклетки в инвитро клиниката на болница „Селена“, имат най-различни причини да прибегнат към тази стъпка. Не трябва да омаловажаваме и нуждата от замразяване заради запазване на репродуктивните способности при лечение на онкологични заболявания.

Променя ли възможността за замразяване на яйцеклетки обществените нагласи към семейното планиране и ролите на жената?

Променят се дълбоко. Предоставяйки средство за разграничаване на възпроизводството от възрастта, то позволява на хората, особено на жените, да имат по-голяма гъвкавост при вземането на решение кога да имат деца. Тази промяна поставя под въпрос традиционните времеви рамки за брака и майчинството, позволявайки на жените да дадат приоритет на лични цели като образование, кариерно израстване или лично израстване през 20-те и 30-те си години, без да жертват възможността за родителство по-късно в живота.

Една от най-значимите промени се крие в начина, по който замразяването на яйцеклетки намалява стигмата около майчинството на по-късен етап от живота. С напредъка в репродуктивните технологии концепцията да станеш родител в края на 30-те или 40-те години става все по-широко приета.

Въздейства ли възможността за замразяване на яйцеклетки върху динамиките на работното място?

Разбира се. Възможността за отлагане на родителството става предизвикателство пред остарелите стереотипи относно ролите на половете и натиска върху жените. Все по-често компании като Apple, Facebook и Google предлагат замразяване на яйцеклетки като част от социалния пакет за служителите, сигнализирайки за промяна в политиките на работното място и намерение да се съобразят с дългосрочните репродуктивни избори на жените. Това признание за значението на подкрепата за разнообразните житейски пътища на жените отразява нарастващото признание за техния принос към обществото и работната сила.

Не само професионалните, но и личните очаквания се развиват. Ще повлияе ли възможността за отлагане на родителство върху създаването на семейства?

Емоционалните ползи от замразяването на яйцеклетки се простират и до облекчаване на натиска за намиране на „правилния партньор“ в рамките на определен период от време. Много хора изпитват безпокойство и прибързано се впускат във връзки и последващо родителство от страх да не пропуснат своя биологичен прозорец. Замразяването на яйцеклетки осигурява усещане за контрол, което позволява на хората да дадат приоритет на изграждането на значими връзки, вместо да се задоволяват с партньор поради времеви ограничения. Тази свобода намалява емоционалната тежест на тези решения, като предлага проактивно решение, което е в съответствие с техните дългосрочни цели и ценности. Осигурявайки това чувство за сигурност, замразяването на яйцеклетки помага на хората да подходят към бъдещето си с увереност и яснота, знаейки, че са запазили възможността да изградят семейство според собствените си условия.

Коя е най-добрата възраст за замразяване на яйцеклетки?

Най-добре е това да се случи преди 35-ата година. Макар че в инвитро клиниката на болница „Селена“ имаме пациенти, които замразяват яйцеклетки и след тази възраст. Въпреки това в процеса на остаряване количеството и качеството на яйцеклетките намалява. При пациенти на възраст над 38 години все още е добра идея да се замразят яйцеклетки, но ще бъде необходимо да запазим по-голямо количество от тях.

Крият ли стимулацията и пункцията рискове и болезнена ли е процедурата?

Не, пункцията не е болезнена. Тя се извършва под обща анестезия. След нея не се изисква дълъг престой. Два часа след процедурата пациентката може да се прибере вкъщи. Като цяло съхранението на яйцеклетки не крие рискове. Хормоналната стимулация се извършва с нискодозирани хормонални препарати и не повлиява яйчниковия резерв на жената.

Какъв съвет бихте дали на жените, които обмислят замразяването на яйцеклетки?

Когато става въпрос за замразяване на яйцеклетки, времето е от ключово значение. Въпреки че процедурата може да се извърши в почти всяка репродуктивна възраст, замразяването на яйцеклетки по-рано - в идеалния случай в края на 20-те до началото на 30-те години - предлага най-добрия шанс за запазване на висококачествени яйцеклетки и увеличаване на шансовете ви за успешна бременност по-късно. Много жени чакат да наближат средата на 30-те или повече само за да осъзнаят, че качеството на яйцеклетката им вече е значително влошено.

Жените също така трябва да знаят, че замразяването на яйцеклетки не е само за тези, които отлагат майчинството - то може да бъде и проактивна мярка за жени със здравословни проблеми като ендометриоза или рак, които могат да повлияят на плодовитостта им. Най-разумният начин за взимане на информирано решение е след разговор с репродуктивен специалист.

Кога диетата вреди

Най-подходящата диета е балансираната

Ефтика Георгиева

Профил

Д-р Мария **Калинкова** е специалист по ендокринология и болести на обмяната в „Аджибадем Сити клиник УМБАЛ Токуда“. Завършила е Медицинския университет – София, ендокринолог е от осем години. Занимава се главно със заболявания на обмяната на веществата, на щитовидната жлеза, метаболитен синдром, захарен диабет и репродуктивни проблеми.

Виртуалното пространство е като безкраен хипермаркет за съвети кои хранителни режими са полезни и добри за здравето ни. Човешкото тяло обаче не е холограма. Има много спекулации коя диета е здравословна и коя — не, както и категорични твърдения, че определен начин на хранене е по-добър от друг.

„Най-подходяща диета е балансираната диета, тоест както са се хранили нашите деди. Диета, която съдържа в себе си и белтъци, и мазнини, и въглехидрати в необходимите пропорции“, категоричен е доц. д-р Радин Цонев, началник на гастроентерологичното отделение в „Аджибадем Сити клиник УМБАЛ Токуда“.

„Здравословна е балансираната диета и няма как да е универсална за всички, но има едни общи принципи, които трябва да се спазват — да се ограничават бързи въглехидрати, да се набляга повече на бавни въглехидрати като хляб, картофи, ориз. Да има баланс между прием на белтъчини, въглехидрати, фибри и т.н.“, казва д-р Мария Калинкова, специалист по ендокринология и болести на обмяната в „Аджибадем Сити клиник УМБАЛ Токуда“.

Лекарите подчертават, че всяка диета е индивидуална и зависи от здравословното състояние.

„При наднормено тегло ще препоръчаме нискокалорийна диета, която е бедна на въглехидрати, както при диабетиците, за да може да се свали телесното тегло. И разбира се, повече физически усилия. А ако един пациент, обратно — е с поднормено тегло, тогава той трябва да приема повече белтъчини и мазнини и много по-малко въглехидрати. При гастрит ще препоръчаме диета, бедна на подправки, да се игнорира лютивото, пърженото. Ние, гастроентерозите, съветваме и лекуваме не толкова здравия, а болния“, казва доц. д-р Цонев.

Кога да променим начина си на хранене

„Първият индикатор, който ни показва, че трябва да променим храненето си, това всъщност е как се чувстваме и дали имаме достатъчно енергия, защото реално ние се храним, за да си набавяме енергия и необходимите ни витамини и микроелементи, с които да се чувстваме добре и да бъдем пълноценни. И когато забележим липса на енергия, отпадналост, промяна в теглото или пък някакви други оплаквания като световъртеж и изтръпване на долни крайници, това всъщност е индикатор, че нещо не е както трябва в нашето хранене“, казва д-р Мария Калинкова.

„Когато човек е здрав, на практика така, както го е създала природата, си има определен диетичен баланс, с който е захранен още от бебе. Той приема достатъчно хранителни вещества, които по никакъв начин не са в ущърб на неговото здраве“, казва доц. Цонев. Той е категоричен, че за да променим начина си на хранене, трябва да имаме здравословен проблем. Не бива да го правим, ако сме здрави и физически активни, не усещаме никакви симптоми, имаме нормално тегло и body mass index.

Препоръчва при наднормено тегло да се вземат мерки за отслабване — повече физическата активност и диета с намаляване на бързите въглехидрати, хляба, тестото и сладките продукти.

Профил

Доц. д-р Радин **Цонев** завършва медицина през 1988 г., 2 години отбива военна служба като авиолекар. Има 2 специалности – „Вътрешни болести“ и „Гастроентерология“. От 2013 г. досега е началник на гастроентерологичното отделение в „Аджибадем Сити клиник УМБАЛ Токуда“.

„Когато пациентът има проблеми с горния гастроинтестинален тракт и има киселини, оригване, парене зад гръдната кост, тогава ще препоръчаме повече белтъци и същевременно ще му намалим пикантните подправки и приготвлението на храната — да бъде грилована, на фурна или варена, но по-малко да е пържена. Когато има проблеми с долния гастроинтестинален тракт, визирам колитните промени с подуване, къркорене, газове, ще му намалим целулозата и фибрите, които са си определено газообразуващи продукти“, казва гастроентерологът.

Кога да се обърнем към специалист

„Самоназначаването на диетичен режим не е правилно и всеки, който има съмнения дали се храни правилно, трябва да потърси помощта на специалист, който да се съобрази с всичките му оплаквания, с начина му на живот и ако има придружаващи заболявания. Такъв специалист е диетологът, ендокринологът, гастроентерологът, зависи от оплакванията и от желанията на пациента за хранителен режим“, посочва >86

д-р Калинкова.

Ендокринологът наблюдава в практиката си, че грешно се използва понятието „диета“.

„Диетата не е за ограничен срок от време. Това е начин на живот и затова е добре, когато променяме начина си на хранене, това да стане с помощта на специалист, който да проследява дали правилно спазваме основните препоръки при съответната диета“, съветва д-р Калинкова. И посочва как много често различни специалисти според заболяванията препоръчват начин на хранене. Например по-бедна на сол диета при пациенти със сърдечно-съдови заболявания, по-малко мазнини при висок холестерол, бедна на въглехидрати и сладки храни при инсулинова резистентност, наднормено тегло и захарен диабет.

„Така че при всички тези заболявания, включително и гастроинтестинални, е добре, да се консултираме редовно със специалист, който да проследява дали се придържаме към основните принципи на тази диета“, съветва ендокринологът.

Кога и как диетата вреди

„Всеки баланс в диетата е като баланса в човешките взаимоотношения. Винаги когато нещо излезе на преден план извън този баланс, на практика ще бъде вредно за организма. Когато примерно употребяваме повече белтъци или мазнини, това ще е вредно за някои органи и системи. Когато пък използваме повече въглехидрати, ще е вредно за други органи и системи“, посочва доц. д-р Цонев.

Дава за пример модерната кето диета, при която повечето мазнини и белтъци могат да доведат до омазняване на черния дроб, защото по този начин се променя метаболизмът. От друга страна, започват да се увеличават пурините в организма, което пък е съпроводено с увеличаване на пикочната киселина в кръвта, а тя пък ще доведе до развитие на подагра.

Препоръчва кето диетата да бъде балансирана и при наднормено тегло.

Друга модерна диета като безглутеновата печели популярност, а невинаги проблемите с подуване, къркорене, газове са свързани с болестно състояние, а причините може да са психосоматични — стрес и нервно напрежение. На базата на информация в интернет се самопоставя диагноза цьолиакия, или глутенова непоносимост, и се спира глутенът.

Диетата не е за ограничен срок от време. Това е начин на живот и затова е добре, когато променяме начина си на хранене, това да стане с помощта на специалист.

Гастроентеролозите правят специфичен тест, който показва дали пациентът има глутенова непоносимост. По-голямата част от тези, които минават на безглутенова диета без съвет от лекар, нямат такова заболяване. Това е заблуждение, защото са се почувствали по-добре от спирането на глутена.

„Диетата е здравословно хранене и не е добре да изключваме група храни, както е при кето диетата, защото реално по този начин ние не си набавяме единствения естествен източник на енергия за тялото — именно въглехидрат. Няма нищо лошо в това да консумираме въглехидрати. А и аз не съм привърженик на крайностите, защото виждам, че има пациенти, които след такива рестриктивни диети имат много повече вреди, отколкото ползи, и реално няма работеща диета“, споделя д-р Калинкова. И напомня, че ако се придържаме към кето диетата или към различни други видове по-нашумели диети, те ще ни доведат до редукция на килограми и се чувстваме по-добре, но когато я преустановим, всичко се връща към изходна позиция. И затова диетата трябва да е начин на живот, а не за определен период от време.

„Така че аз не съм привърженик и не съветвам пациентите ми да ограничават нито една група храни, но всичко трябва да е балансирано, тоест да е с мярка. Именно затова балансираната диета, в която всичко е позволено, е препоръчителната диета за човек без придружаващи заболявания“, казва д-р Калинкова.

Вегетарианство и веганство

„Няма нищо лошо във вегетарианството и веганството, стига да се набавят допълнително необходимите микро- и макронутриенти. Това ще рече да се приемат достатъчно белтъчини, микроелементи — желязо, цинк, селен и т.н., с които да не се изпада в състояние на дефицит“, казва д-р Калинкова.

Д-р Цонев посочва, че има една теория, според която хората, които не приемат месни продукти, на практика по-малко боледуват от ракови заболявания. Смята се така, защото повечето от етиологичните фактори за раковите заболявания са приготвянето на месните продукти с 3-, 4-бензпирен, с химикали, с опушване, консервиране и т.н., тоест месните продукти сами по себе си наистина са канцерогенен фактор, когато се използват в големи количества. Но когато се използват разумно, напротив — те имат много добро влияние като растежни продукти.

Кога да приемаме хранителни добавки

„Ние сме залети с реклами, с достъп до различни хранителни добавки и наистина много хора прибягват до тях, без дори да са се консултирали с лекар специалист. Чули са например, че 80% от населението е с дефицит на витамин Д и си го самоизписват, без дори да видят нивата си в кръвта, което естествено крие риск от предозиране и интоксикация“, посочва д-р Калинкова. Тя съветва консултиране с лекар, защото понякога тези добавки съдържат вещества, които не са подходящи за пациенти, които имат заболяване на щитовидната жлеза или диабет например. Всичко е много индивидуално като подход и е добре всеки да потърси мнението на лекар, защото безразборното приемане на добавки крие рискове и би довело до интоксикации, които имат своите поражения върху организма.

Д-р Цонев препоръчва добавки за т.нар. пролетна умора, тъй като сме се хранили с консервирани храни през цялата зима. И витамини и минерали при необходимост, като например при крампи, които подсказват недостиг на магнезий.

„Сърцето като мускул също работи с магнезий и ако не му задоволим необходимостта от магнезий, приеман отвън, това би довело до ритъмно-проводни нарушения, които могат да бъдат фатални за организма“, казва доц. Цонев. |K

Shutterstock

Най-разпространената полова инфекция има решение, но у нас се бяга от него

Заразяването с ЧПВ и развиване на рак на маточната шийка е напълно предотвратимо. България обаче трябва да навакса с решението

Мила Чернева | mila.cherneva@capital.bg

Когато през 2022 г. Мартина Венкова ражда своя син, тя се гмурка в едно още по-натоварено ежедневие отпреди. Дори и с малко дете, тя продължава да работи на пълни обороти по различни проекти, докато се грижи за растящото си бебе. Измежду суматохата на ежедневието, известно време след раждането тя забелязва контактно кървене при първи и следващите полови контакти. Не ѝ прави впечатление, докато не разговаря с приятелка, която ѝ споделя, че ще се подложи на операция. Става въпрос за хистеректомия — отстраняване на матката, а диагнозата ѝ е рак на маточната шийка. Мартина е шокирана, когато чува историята на своята близка, но и когато разбира, че контактното кървене е бил един от симптомите на нейната приятелка. „Изобщо не съм знаела, че кървенето може да е симптом на нещо такова, свързвала съм го само с лохии“, споделя Мартина. Преживяването на приятелката ѝ обаче веднага я изпраща на преглед, където ѝ откриват полип. Чак след биопсията му става ясно, че има ракови клетки. След редица консултации със специалисти тя също преминава през хистеректомия, а впоследствие става ясно и че ракът ѝ е причинен от човешкия папилома вирус (ЧПВ).

Историята на Мартина можеше да звучи и другояче, а може би не — няма как да знаем. Но тя е сред хората, амбицирани да дават повече гласност на темата за ЧПВ и рака на маточната шийка, а и не само, за да предпази други жени като нея. Ракът на маточната шийка е предотвратим, той се причинява от човешкия папилома вирус, който пък е най-разпространената инфекция по полов път в света. Всяка година около 1200 жени в България се разболяват от рак на маточната шийка, става ясно от данни на НЗОК. Същевременно България е на ниско ниво на ваксинация — покритието към последните години е около или под 2% и това прави българските момичета и жени, а и мъже, особено уязвими на заболявания, от които просто може да не се разболяват. А това е абсурдно.

Какво е това заболяване

Човешкият папилома вирус (ЧПВ) е навсякъде. Поне веднъж в живота си човек се заразява с него и в голяма част от случаите имунната ни система се справя с вируса. „Вероятността човек да се зарази с ЧПВ до края на живота си, ако има само един партньор от противоположния пол, е 84.6% за жените и 91.3% за мъжете“, пише в Националната програма за първична профилактика на рака на маточната шийка 2021 — 2024 г. В началото заболяването протича безсимптомно, поради което човек може да бъде преносител на вируса, без да знае, посочват от РЗИ.

Ситуацията обаче изобщо не е толкова безобидна. „Доказани са над 200 генотипа HPV. Повечето щамове са безвредни, малък брой високорискови типове обаче причиняват инфекции, които могат да се развият до рак на маточната шийка. Високорисковите HPV типове причиняват над 99% от раковите заболявания на маточната шийка“, споделя пред „Капитал Здраве“ д-р Иван Крумов, лекар специалист в Отделението по оперативна гинекология и тазова хирургия в болница „Вита“. Той казва, че >88

Профил

Д-р Иван Крумов завършва медицина през 2010 г. в Медицински университет – София. През април следващата година започва работа в СБАЛАГРМ „София“. През 2013 г. печели конкурс и започва обучение като лекар специализант по акушерство и гинекология в МБАЛ „Токуда болница София“ с научен ръководител доц. д-р Илия Карагьозов. През декември 2017 г. официално придобива специалност по акушерство и гинекология и от февруари 2018 г. е част от екипа на доц. д-р Илия Карагьозов в МБАЛ „Вита“ като лекар специалист в Отделението по оперативна гинекология и тазова хирургия. Д-р Крумов притежава квалификации в областта на колпоскопската диагностика и лечение на гениталните преканцерози при жената; диагностична, офис-хистероскопия и оперативна хистероскопия; лапароскопска гинекологична хирургия – I и II ниво. Професионалните му интереси са в оперативната гинекология и онкогинекологията.

два високорискови HPV типа — 16 и 18, са свързани със 70% от всички видове рак на шийката. „Генотипове HPV 16 и HPV 18 са по-онкогенни и вероятността да прогресират до високостепенна цервикална болест е по- голяма в сравнение с всички останали високорискови HPV генотипи, взети заедно“, уточнява той. Не само това — вирусът причинява и рак на вагината, вулвата, ануса, пениса, главата и шията.

По-рисковите винаги са по-младите, честотата на инфекцията с човешки папилома вирус е най-висока по целия цвят във възрастовата група под 25 години, обяснява пред „Капитал Здраве“ проф.д-р Стефан Ковачев, началник на Клиниката по обща и онкологична гинекология (КООГ) към Военномедицинска академия (София) и републикански консултант по акушерство и гинекология.

Периодът от заразяването с човешкия папиломен вирус (HPV) до развитието на рак на маточната шийка може да бъде дълъг, обикновено отнема между 10 и 20 години, обяснява д-р Крумов. Има и т.нар. предракови състояния. „Предраковото заболяване на маточната шийка, или дисплазия, е състояние, при което в клетките на шийката на матката настъпват атипични (абнормални) промени, които биха могли да доведат до рак, ако не бъдат своевременно открити и лекувани“, обяснява д-р Крумов. Увреждането може да е леко, средно или тежко, като в зависимост от степента може да се налага или само наблюдение, или и лечение. Ранното откриване и лечение на дисплазията е от ключово значение за предотвратяване на рака на маточната шийка, подчертава д-р Крумов.

В рамките на 28-те страни — членки на Европейския съюз, се наблюдава тенденция към намаляване на смъртността в държавите от Западна и Централна Европа и нарастване на смъртността в държавите от Източна Европа, сочат проучвания. „Като че ли малко се увеличават случаите. Много е жалко това, защото ракът на маточната шийка е напълно предотвратим, за разлика от други видове рак — на панкреас, на стомах например“, споделя д-р Ковачев.

Той обаче има наблюдения и че в последните години има много случаи на рак на маточната шийка и на жени след 60-ата година. Обяснението му е, че жените се заразяват с вируса, но имунитетът го блокира. С напредването на възрастта той отслабва.

Всъщност начинът на живот и намаляването на имунитета засилва риска вирусът да доведе до онкологично заболяване. „Вирусът е в маточната шийка и за да доведе до злокачествени промени, те се ускоряват от небалансиран начин на живот. Падането на имунитета на гостоприемника ни води на прогресия на тази вирусна инфекция и води до развитието на предракови и ракови промени“, обяснява проф. Стефан Ковачев. „Фактори, които могат да ускорят прогресията, са отслабената имунна система, тютюнопушене, честа смяна на полови партньори, имуносупресивни състояния и заболявания“, казва д-р Иван Крумов.

Знаците за проблем

„Най-честите първи симптоми са абнормното вагинално кървене (интерменструално, посткоитално, менометрорагия); необичайно вагинално течение с неприятен мирис, със или без съдържание на кръв; болки в таза, болезнен полов контакт; различни смущения, свързани с микцията“, казва д-р Иван Крумов. Има две нива на профилактика — първична, което е ваксинацията (за която ще разкажем подробно след малко), и вторична, която представлява цитонамазки, колпоскопия и тестове за HPV. Третичната профилактика е вече ранното лечение за преканцероза. Д-р Ковачев обяснява, че е въведена вторична профилактика, вменена на личните лекари, които трябва да започнат цитологично изследване на всички жени след 30-годишна възраст. Такава е действащата в момента програма за вторична профилактика, като на всеки 3 години при жените трябва да се прави цитологично изследване.

„В България това е внедрено на личните лекари от Министерството на здравеопазването и НЗОК, защото те имат контакт с цялата популация на жените. Акушер-гинеколозите нямат първичен контакт с тези хора, файлове с досиета, медицински картони и няма как да следим жената направила ли си е или не, освен ако не е негов личен пациент, което вече е опортюнистичен скрининг, а не популационен“, обяснява той.

Мартина Венкова споделя обаче, че например нейната последна цитонамазка е през 2020 г., а едва тази година — 2024 г., тя открива проблема си, и то случайно. При нея е открит полип, констатиран заради контактното кървене, премахнат е и при биопсията, която е направена на образуването, става ясно, че има онкологично заболяване в много ранен стадий, почти предраково. Въпреки това през годините тя не е получавала лекарски уведомления, че трябва да

Човешкият папилома вирус е най-разпространената инфекция, предавана по полов път, затова ваксинацията е жизненоважна.

Профил

Проф. д-р Стефан Ковачев, дмн, е ръководител на Клиниката по обща и онкологична гинекология на ВМА от 2015 г., като преди това е част от клиниката от 1998 г. През 2015 г. е избран и за републикански консултант по акушерство и гинекология. През 2009 г. придобива магистърска степен по здравен мениджмънт. През 2013 г. получава степен „Доктор", а през 2017 г. – научна степен „Доктор на медицинските науки" след защита на втори дисертационен труд по акушерство и гинекология на тема „Епидемиология и клинично развитие на инфекцията с човешки папиломен вирус в цервикални проби на български жени". До 2023 г. проф. Ковачев е автор и съавтор на над 230 научни статии в специализирани медицински издания. Професионалните му интереси са насочени към диагностиката и съвременното лечение на всички доброкачествени и злокачествени тумори и заболявания на женската генитална система.

си направи изследване, въпреки че е на над 30-годишна възраст. След раждането също не е минала първична профилактика. Затова е полезно да има и знание сред самите пациентки как да се следят — за всеки случай, поне до етапа, в който профилактиката стане по-добре организирана.

Иначе при абнормални цитологични резултати следват още изследвания. „Правилният триаж води тази група пациенти при колпоскопист, който според находката може да вземе и прицелна биопсия в амбулаторни условия или ендоцервикална биопсия със или без анестезия. При диагностициран карцином пациентката бива насочена за образно изследване, което да прецизира предполагаемата диагноза и стадий, отчитайки разпространението в съседни структури и оценка на лимфния басейн. За карцином на маточната шийка метод на избор е компютърната томография с контраст на корем и малък таз", казва д-р Крумов.

Най-доброто решение: ваксина

„Първичната профилактика, или ваксинацията, е една от най- ефективните превантивни мерки срещу рака на маточната шийка и другите локализации, свързани с HPV. Тя е препоръчителна за млади хора и е безопасна, с доказана ефективност в предотвратяване инфекцията с високорисковите HPV щамове", казва д-р Иван Крумов. За съжаление обаче, нивото на ваксинация у нас е много ниско.

„Разбрах, че майка ми е имала намерение да ме ваксинира, когато съм била малка, но по някаква причина са изпуснали сроковете. Но са имали това намерение. Тя ми разказа, че по времето, когато съм била във възраст за ваксиниране, е имало още съмнения за ваксината", споделя Мартина. И наистина, у нас има голям проблем с доверието във ваксината и нейния ефект, а и липса на знание за нея.

В държави като Норвегия, Кипър, Португалия и Швеция над 80% от момичетата между 9- и 14-годишна възраст са ваксинирани, сочат данни от лятото на 2024 г., публикувани в Statista. Същевременно нивата на ЧПВ или рак на маточната шийка спадат и са по-ниски, отколкото у нас. На фона на това в България покритието с ваксина срещу ЧПВ е едва няколко процента, като в последно време е около 1%. „Имунизацията с HPV ваксината стартира добре през 2013 г. с покритие от 22%, но намаля в следващите години заради силните антиваксърски движения и кампании. С усилията на правителството и здравното министерство тази година ще достигнем покритие от 3–4% и се надявам, че с общи усилия ще успеем да увеличим този процент", каза доц. Михаил Околийски, служебен зам.-министър на здравеопазването, през март 2024 г. пред БНР.

В момента HPV ваксините са в препоръчителния ваксинационен списък в България. Съгласно Националната програма за първична профилактика на рака на маточната шийка в Република България 2021 — 2024 г. (Националната програма), приета с Решение №183 от 5 март 2021 г. на Министерския съвет на Република България, общопрактикуващият лекар прилага ваксината на лицата, попадащи в целевата група за имунизации, посочена в програмата — момичета на 10- до 13- годишна възраст. „В България това е внедрено на личните лекари от МЗ и НЗОК, защото те имат контакт с цялата популация на жените. Акушер-гинеколозите нямат първичен контакт с тези хора, файлове с досиета, медицински картони и няма как да следим жената направила ли си е или не, освен ако не е негов личен пациент, което вече е опортюстичен скрининг, а не популационен", казва д-р Стефан Ковачев. Всички ваксини съдържат вирусоподобни частици от ЧПВ 16 и 18, които се свързват със 70% от случаите на РМШ, а деветвалентната ваксина съдържа типове, които заедно с ЧПВ 16 и 18 се свързват с 90% от случаите на ЧПВ свързана онкологична лезия

Може да се ваксинира всяка жена на всяка по-късна възраст, подчертава Стефан Ковачев. Просто преди това е добре да се направи тест дали ЧПВ е наличен в организма ѝ, за да стане ясно дали да се ваксинира веднага, или трябва имунопрофилактика, ако има някой от генотиповете, които се съдържат във ваксината. Ако има само един генотип от тези в препарата, пак може да се ваксинира, защото ще я предпази от останалите.

Къде са мъжете в картинката

Човешкият папилома вирус се предава чрез сексуален контакт и е най-често срещаната инфекция, предавана по полов път, така че е логично да не се ваксинират само жените, но и мъжете. За това обаче малко се говори. За да се намали честотата в една популация, трябва да се ваксинират и двете страни в сексуалния контакт. Затова и момчетата във възраст преди начало на полов живот може да се ваксинират. И те биха могли да са потърпевши, защото, както стана ясно по-рано, ЧПВ може да причини рак на пениса или ануса.

При мъжете всъщност има един друг казус — по света няма създадени и одобрени тестове за тях, има само такива, които са предназначени за жени. Реално мъжете биват проверявани с тестове за жени, но това няма как да има научна стойност, отбелязват лекарите. |К

Профил

Проф. д-р Бригите **Шурц** е специалист по акушерство и гинекология с 25-годишен опит. Завършила е медицинското си образование във Виена. В момента е сред водещите лекари в австрийската болница Wiener Privatklinik.

Проф. Бригите Шурц,
акушер-гинеколог

Няма ранни симптоми при рака на яйчниците

Кои са най-честите причини за възникване на рак на яйчниците?

Това е много добър въпрос. В действителност не знаем точно защо се появява ракът на яйчниците. При рак на маточната шийка знаем, че HPV вирусът го предизвиква, но при рак на яйчниците нямаме такава яснота. Може една жена да живее здравословно и въпреки това да развие рак. Това, което е много важно, са генетичните фактори. При рутинен преглед винаги питаме за фамилната история — баба, майка, лели. Ако пациентката сподели, че баба ѝ е имала рак на гърдата, майка ѝ също, а леля ѝ — рак на яйчниците, това е сигнал за нас. В такъв случай препоръчваме генетичен тест. Ако се открие мутация, знаем, че има около 80% шанс да развие рак на гърдата и 45–75% шанс за рак на яйчниците.

Освен това знаем, че при някои видове рак на яйчниците като серозен епителен карцином туморът не започва да се развива от клетките на епитела на яйчника, а от фалопиевите тръби. Това означава, че карциномът на яйчниците в началото се развива от тръбите.

Когато имаме пациентки, които са в менопауза и не планират повече деца, и извършваме операция за миома или други състояния, е подходящо да премахнем тръбите като предпазна мярка срещу рак на яйчниците. Това са новите подходи, които прилагаме. Пациентката, разбира се, трябва да е съгласна. Но ако е много млада, около 35 години, би било неуместно да предлагаме такова решение.

Има ли определена възрастова група, която е най-засегната?

Най-често ракът на яйчниците се появява при жени на възраст между 45 и 82 години. За съжаление, има и млади жени с рак на яйчниците, но това е по-рядко.

Освен генетиката има ли други рискови фактори?

Трудно е да се каже. Има една хипотеза, но тя не е доказана, и това е, когато една жена има твърде много овулации. Например когато овулацията или менструалният цикъл започват рано, може би на 10-годишна възраст, и продължават до около 55 години. Когато има твърде много овулации, в яйчниците постоянно се активират механизми за поправка. Обсъжда се, но не е документирано, че това би могло да представлява висок риск за развитие на рак на яйчниците.

Друго, което се дискутира, е въпросът дали жените, които приемат хормони — например в клиники за фертилност или жени над 50, които практикуват хормонозаместителна терапия, имат по-висок риск от развитие на рак на яйчниците. Според проучванията това е много рядко — може би от 1000 случая един би могъл да се развие.

Тоест приемът на хормони може да повлияе?

На практика не е доказано, че води директно до развитие на рак на яйчниците, и не можем да го твърдим категорично. Ракът на яйчниците все още остава заболяване, за което не знаем точно защо се развива. Няма сигурна превенция.

Какви са симптомите на рак на яйчниците?

В ранните стадии няма симптоми. Симптомите се появяват, когато туморът проникне извън яйчника и започне да произвежда течност. Тогава пациентката може да се чувства подута, да има болки, гадене, загуба на апетит или тегло, но коремът ѝ може да изглежда по-голям.

Как се лекува ракът на яйчниците?

Лечението изисква интердисциплинарен

Q&A

Д-р **Виктория Ципер-Вебер,**
ръководител на отдел „Маркетинг и международни отношения“ на WPK

Обмисляме офис в България

Как се развива болницата от гледна точка на пазарите? Планира ли WPK да работи с България – да отвори офис там, да работи с НЗОК например?

България е нов пазар за нас. През последните години имаме около 250 пациенти от България, които продължават да се свързват с нас, да получават лечение. Имахме събитие през февруари на място там и оттогава се опитваме да засилим комуникацията с помощта на нашата агенция, като контактуваме с повече бизнес партньори, сдружения с пациенти, които се нуждаят от лечение в чужбина, и така нататък. Обмисляме отварянето на представителен офис, но това няма да се случи тази година. Все още наблюдаваме пазара и нуждите му, но възможността остава на масата.

Каква е стратегията по отношение на клиниките?

Ние никога не отваряме клиники в чужди пазари. Стратегията ни е ясна – клиниката остава само във Виена. Това ни позволява да гарантираме качеството. Също така медицинският лиценз е свързан с нашата страна и лиценза на лекарите тук, така че не планираме да отваряме клиники или представителства в други държави. Но отварянето на офис остава възможност.

Каква е стратегията за комуникация с българските пациенти?

Стратегията ни е да подобрим комуникацията, така че българските пациенти да знаят за клиниката и да разбират какви лечения могат да получат тук. Мисля, че това е добра първа стъпка, защото първият ход на пациентите винаги е да получат информация. Важно е да се разбере, че повече от половината ни пациенти са с онкологични заболявания. В такива случаи е от съществено значение пациентите да разполагат с възможно най-много информация предварително, за да могат да реагират правилно, ако възникне необходимост.

Освен България в кои други пазари планирате да навлезете?

Всъщност имаме пациенти от почти 20 държави. Най-големият пазар в момента е Румъния, а сега се опитваме да засилим позициите си и в България, за да стане втори по големина пазар. Но в крайна сметка имаме пациенти от около 20 държави, основно от Централна и Източна Европа, като например Украйна, Казахстан, Азербайджан, Грузия. Въпреки войната в Украйна продължаваме да предлагаме възможност на хората да получат лечение дори в тези тежки времена.

Wiener Privatklinik е една от най-големите частни болници в Австрия, включена в класацията „Най-добрите болници в света“ за четири поредни години (2021 – 2024). През последните години там са лекувани близо 250 български пациенти, като най-голям е броят на чуждестранните пациенти от Румъния (1000 за 2023 г.). Известна е с модерния си онкологичен център WPK Central European Academy Cancer Center. Частната болница има 20 акционери, повечето от тях са и лекари в нея. Различното в бизнес модела ѝ е, че сред акционерите няма застрахователни дружества, макар че голяма част от приходите идват именно от здравни застраховки.

подход. Аз съм гинеколог и извършвам диагностика и хирургия. Видът на тумора и стадият му определят лечението — може да включва химиотерапия, генетични тестове и инхибитори на ензими, които разрушават туморните клетки. Новите технологии ни позволяват по-точни и безопасни операции.

Може ли да се установи рак на яйчниците чрез кръвни или хормонални тестове?

Не, най-добрият начин е чрез преглед с ехограф, така че да се разглеждат добре яйчниците. Кръвните тестове за туморни маркери могат да помогнат, но не са надеждни за ранна диагностика — те могат да бъдат повишени при други заболявания като ендометриоза, тубарни инфекции или при възрастни жени с тежки сърдечни проблеми. В ранните стадии на рак на яйчниците при около 30% от пациентките туморните маркери са нормални. Тези маркери са полезни по-късно, когато следим лечението и провеждаме контролни прегледи.

След операция или лечение правим кръвни тестове на всеки четири месеца за проследяване на растежа на тумора. За съжаление, в най-ранните етапи нямаме надежден метод за диагностика чрез кръв или хормонални тестове. Най-добрият начин за ранно откриване е чрез вагинална ехография.

Тоест при хора с ендометриоза има по-висок шанс за развитие?

Да. Много често при ендометриоза тъканта, която нормално се намира в маточната кухина, се разпространява и извън нея — например в яйчниците. Когато жената има менструация, тази тъкан също кърви, но кръвта не може да излезе от яйчника и остава вътре. С времето тази кръв става като шоколад и говорим за „шоколадови кисти“. Те остават в яйчника, остаряват и съдържат много неприятна течност. При такива пациентки туморните маркери могат да бъдат повишени. Но когато туморните маркери достигнат нива от 2000 или 3000, това е сигнал за тревога и може да подсказва наличие на карцином. Имала съм случай с пациентка с тежка ендометриоза, при която туморният маркер беше 3400. Мислех, че ще има рак, но установихме, че яйчниците ѝ всъщност са в добро състояние. Тя имаше тежка инфекция, която изискваше отстраняване на фалопиевата тръба, но за щастие нямаше рак.

Колко често се среща заболяването?

От 70 жени една може да има рак на яйчниците. По-често срещан е ракът на гърдата. Много жени се чувстват добре и не ходят на лекар, докато не започнат да усещат болка или други проблеми. А е най-добре да се открие в ранен етап.

Възможна ли е превенция?

Няма директна превенция, но рутинните прегледи и генетичните тестове могат да помогнат за ранно откриване и вземане на превантивни мерки.

Какви са редките типове рак на яйчниците и как се лекуват?

Лечението на редките типове зависи от хистологичния и генетичния анализ. При някои случаи инхибиторната терапия е по-добра от химиотерапията. Новите лечения включват моноклонални антитела и други иновативни методи.

Интервюто взе Анина Сантова

Проф. д-р Деян Анакиевски,
началник на клиниката по урология в МБАЛ „Сърце и Мозък“

Няма профилактика на рака на простатата. Застрашени са мъжете над 50-годишна възраст

Профил

Проф. д-р Деян **Анакиевски** е началник на клиниката по урология във високотехнологичните болнични комплекси „Сърце и Мозък“. Завършва Медицинския университет – Варна, през 2004 г. Същата година започва специализация по хирургия, а през 2013 г. придобива и втора специалност по урология. Защитава дисертацията си за степен „Доктор“ през 2015 г. на тема „Оценка и валидиране на някои предоперативни и следоперативни прогностични модели при рак на простатата“. През 2021 г. защитава академична длъжност „Професор“ по урология. Той е основен автор и съавтор на над 200 научни труда.

По-голямата част от мъжете се срамуват да отидат на преглед.

Съществува ли профилактика на рака на простатата и какво трябва да предприемат младите мъже в опит да избегнат заболяването? От каква възраст нататък и на какъв период от време трябва да посещават уролог, съществува ли профилактика?

- Ракът на простатата е вторият най-често диагностициран рак при мъжете, с приблизително 1.4 милиона диагнози и 375 000 смъртни случая по света през 2020 г. В Европа това е най-често диагностицираният рак при мъжете и третата най-честа свързана с онкологично заболяване причина за смърт при мъжете. Това е основен проблем за здравето, особено в развитите страни, поради по-големия дял на възрастните мъже в общото население и потенциалния риск от прекомерно лечение след ранна диагностика. За съжаление, профилактика за РП не съществува. Има скрининг, който в България все още се използва за откриване на нови случаи, но той сам по себе си не е достатъчен за диагноза на рак на простатата, затова в повечето държави по света не се прилага. Има три добре установени рискови фактора за рак на простатата: нарастваща възраст, етнически произход и генетична предразположеност.

Съществува голямо разнообразие от екзогенни фактори (фактори на околната среда), които свързваме с риска от развитие на рак на простатата или определяме като етиологично важни за прогресията от латентен (спящ) към клиничен рак на простатата.

Понастоящем обаче няма известни ефективни превантивни диетични или фармакологични средства. Важно е все пак да спомена няколко рискови фактора за развитието на рак на простатата, на които трябва да се обърне по специално внимание, а това са: метаболитният синдром, затлъстяването, тютюнопушенето, прекомерната употреба на алкохол, приемът на хормонални лекарства. Фамилната история (обремененост) и етническият произход са свързани с повишена честота на рака на простатата, което предполага генетично предразположение.

Генерално, и Европейската, и Американската асоциация по урология предложиха препоръки за индивидуално ранно откриване чрез ранно изследване на PSA (простата-специфичен антиген) при мъже с повишен риск от РП:

- мъже над 50 години;
- мъже над 45 г. с фамилна история за РП;
- мъже от африкански произход над 45 г. възраст;
- мъже, носители на ген 2 за рак на гърдата (BRCA2) мутации след 40-годишна възраст.

Също така през последните години беше разписана стратегия, която е адаптирана към риска (базирана на първоначалното ниво на PSA), с интервали на проследяване от 2 години за тези, които изначално са изложени на риск. Това са мъже с ниво на PSA>1ng/ml на 40-годишна възраст и мъже с ниво на PSA>2ng/ml на 60-годишна възраст.

Какви са симптомите на изменения в простатата? Как се диагностицират? В каква възраст най-често се срещат?

- Локализираният рак на простатата обикновено протича безсимптомно. Локалното прогресиране може да причини симптоми като по-често уриниране, нощно ставане, еректилна дисфункция (ЕД), ретенция (задръжане) на урината, болка при уриниране, кръв в урината (хематурия) или в спермата.

Рак на простатната жлеза обикновено се подозира въз основа на високи нива на PSA и/или положително ректално изследване, както и ако има фамилна история за починал с рак на простатната жлеза. Диагнозата на рак на простатата най-често се базира на положителен ядрено-магнитен резонанс, който в момента е стандарт и е анализиран като първоначален тест заедно с положително ректално изследване и високи нива на PSA. Освен че предполага наличието на рак на простатата, образната диагностика също така позволява насочена биопсия (Fusion) на простатата и предоставя информация за стадиране на пациента. Както вече споменахме, възрастта варира от 45 до 70 години и зависи дали някой в семейството ви има обремененост с рак на простатата.

Как бихте мотивирали мъжете да посетят лекар, от какво се страхуват пациентите ви? В какъв стадий на заболяването идват при вас?

- От години забелязваме, че по-голямата част от пациентите се срамуват да посетят уролог — един сякаш български феномен. Другата част се страхуват да не се установи злокачествен процес, което би нарушило качеството им на живот. Винаги казвам на мъжете, че е по-добре да установим навреме дадено образувание, за да се лекува правилно, отколкото да чакаме и да живеем в неведение. С напредъка на технологиите в медицината днес в по-голямата част от случаите успяваме да излекуваме пациента, независимо че е със злокачествено заболяване. За съжаление, около 30–40% от пациентите с рак на простатата идват в напреднал стадий и все пак това не означава, че не могат да бъдат лекувани. Ракът на простатата е заболяване, което позволява мултимодално лечение, а именно — хирургия, лъчетерапия и хормонотерапия.

Какво е лечението при установен простатен карцином в различните стадии?

- Златният стандарт при локализиран рак на простатата е радикалното отстраняване на простатата, независимо по кой метод ще бъде извършено — с отворена, лапароскопска или робот-асистирана хирургична интервенция. Най-добри функционални резултати (запазване на континентност и еректилна функция) се постигат с робот-асистираната хирургия. При авансирал РП и локални метастази в лимфните възли без ангажиране на кости, в зависимост от възрастта на пациента и общия му статус, може да бъде заложено и на робот-асистирано хирургично лечение, съчетано с последваща лъчетерапия и хормонотерапия. Разбира се, има и други методи на лечение за рак на простатата, какъвто е лъчетерапията с нейните разновидности.

Какви са иновативните и безкръвни методи за лечение на простатен карцином? Какви методи прилагате вие и екипът ви?

- В болници „Сърце и Мозък“ в Плевен и Бургас извършваме робот-асистирана хирургия при рак на простатата — прилагаме най-модерния подход, с най-добри резултати за пациента и минимално време за възстановяване. Няма да скрия, че в момента сме водещ център за роботизирана хирургия при различните урологични заболявания, включително и рак на простатата.

Интервюто взе Десислава Николова

Общностите за продължаваща грижа за пенсионери ще акумулират 187 млрд. долара

Пътуване през различните етапи на стареенето

Юлвие Изет | yulvie.izet@capital.bg

Представете си, че старостта е пътуване, което започва в уютния дом, изпълнен с познати неща, но с времето изисква нови и по-специализирани грижи. В България старческите домове все още напомнят малки спирки на това пътуване, предоставящи базови услуги в сравнително традиционна обстановка. В Съединените щати обаче пътуването на възрастните има много повече спирки и възможности за избор благодарение на общностите за продължаваща грижа. Тези заведения не само осигуряват на пенсионерите място за живот, но и пълна медицинска подкрепа и персонализирани грижи, които следват промените в здравословното им състояние. Докато в САЩ стареенето е обвързано със система, която гарантира безпроблемно преминаване през различни етапи на живот, в България тази концепция тепърва започва да набира популярност.

Общностите за продължаваща грижа за пенсионери (Continuing Care Retirement Communities, CCRCs) имат дългогодишно наследство, започнало с религиозни приюти и преминало през развитието на модерна и многопластова индустрия. До 1900 г. в САЩ съществували само седем такива общности. Търсенето на тези услуги обаче нараства значително заради демографското застаряване, като днес в САЩ има около 2000 общности за продължаваща грижа. Пандемията от COVID-19 оказва сериозно влияние върху индустрията, увеличавайки разходите и намалявайки заетостта, но в момента се наблюдава възстановяване, подхранвано от нарастващото търсене сред застаряващото население.

Тези общности предоставят постоянен достъп до медицински грижи и различни типове настаняване, позволявайки на възрастните хора да преминават плавно през различните етапи на стареене. Системата обикновено включва четири основни етапа:

1. Независим живот — самостоятелно живеене в комфортна и поддържана среда за активни и здрави възрастни.

2. Асистиран живот — целодневни грижи и медицинска помощ за хора, които се нуждаят от подкрепа в ежедневните си дейности.

3. Грижи за хора с деменция — специализирани грижи за възрастни с когнитивни затруднения, предоставяни от обучен персонал.

4. Професионални медицински грижи — краткосрочна рехабилитация и интензивна медицинска грижа за възстановяване след операции или лечение на сериозни заболявания.

Всеки етап е адаптиран към специфични-

те нужди на възрастните хора и осигурява подходящо настаняване и грижи на едно място. Това служи като гаранция за семействата и самите пенсионери, че възрастните ще получават цялостна подкрепа независимо от развиващите им се нужди, като не се налага да се занимават с бъдещи жилищни договорености, тъй като общността може да предостави необходимото настаняване. Интеграцията на напреднали здравни услуги в тези заведения осигурява на застаряващото население достъп до цялостна медицинска подкрепа, което прави тази опция още по-привлекателна за пенсионерите.

Растеж и значимост на пазара

Според анализи на Grand View Research пазарът за общности за възрастни в САЩ се оценява на 923.2 милиарда долара през 2023 г. и се очаква да расте със средногодишен темп 4.16% между 2024 и 2030 г. благодарение на увеличаващото се възрастно население. В момента около 62 милиона възрастни над 65 години живеят в страната, което съставлява 18% от населението. Прогнозите сочат, че до 2054 г. броят на възрастните над 65 години ще нарасне до 84 милиона, като те ще съставляват около 23% от населението.

Нарастващата продължителност на живота и застаряването на поколението — бейби бумъри, водят до увеличаване на търсенето на различни видове центрове и домове за възрастни, включително заведения за самостоятелно живеене, асистиран живот и специализирани заведения за хора с деменция. Очаква се пазарът на общности за продължаваща грижа (CCRC) да достигне 187.48 милиарда долара до 2030 г. спрямо 94.99 милиарда долара през 2023 г., с годишен растеж 10.2%.

Структура и финансиране

В момента в САЩ съществуват около 30 600 общности за асистиран живот с близо 1.2 милиона лицензирани легла, като 56% от тях са част от вериги, а 42% са с независима собственост. Сред най-големите играчи на пазара са имена като: Brookdale Senior Living, Erickson Living, Acts Retirement Services, Sunrise Senior Living, Atria Senior Living, Five Star Senior Living, life Care services, Senior Lifestyle Corporation, Holiday Retirement и Capital Senior Living.

И все пак съществуват и множество частно притежавани общности, което стимулира малки и средни компании също да навлизат в индустрията. Въпреки високите разходи за работа в този сектор отсъствието на строги регулации позволява на новите конкуренти да получат лиценз и да създадат нови общности. Конкуренцията е голяма сред основните компании, но фактът, че 42% от общностите се управляват от частни собственици, показва, че създаването на малки общности е възможно.

Индустрията се саморегулира чрез Комисията за акредитация, а влизането в пенсионна общност се регулира чрез договор.

Въпреки че повечето общности са с нестопанска цел, разходите за настаняване могат да бъдат значителни и при двата вида собственост. Според AARP, американската асоциация на пенсионерите, първоначалните такси за настаняване в общностите за продължаваща грижа могат да варират от 40 000 до над 2 милиона долара, като средната стойност е около 402 000 долара. Месечните разходи за настаняване през третото тримесечие на 2021 г. са били средно 3555 долара, като те могат да бъдат значително по-високи в зависимост от типа на жилището, нивото на грижи и други фактори.

Ниските пенсионни спестявания на бейби бумърите, натоварени с дългове и висока инфлация през последните години, създават сериозни икономически препятствия за влизането им в тези общности. Въпреки това програмите като Medicare и Medicaid могат да помогнат за покриването на разходите за определени услуги, като 82% от общностите предлагат тези опции, но е необходимо покритие от Medicare A и B.

Тенденции и ниши

Пазарът на общности за продължаваща грижа е силно фрагментиран, с много малки и няколко големи компании, което създава здравословна конкуренция. Различните сегменти на пазара включват CCRCs, домове за възрастни, заведения за асистиран живот и други специализирани общности. Наблюдава се и нарастващ интерес към нишови общности, които обслужват специфични групи като музикални ентусиасти, хора, практикуващи йога, ЛГБТИ+ общности и общности за конкретни групи като пенсионирани пощенски служители и природозащитници.

Пример за иновации в този сектор е проектът Story Living, създаден от Disney в Калифорния, предназначен за възрастни над 55 години. Други примери включват Enso Village в Калифорния, насочен към Зен начин на живот, и Active Indian Retirement на Nalanda Estates с 83 къщи близо до Сарасота, Флорида.

Регулации и правни аспекти

Политическата стабилност и държавните средства са от ключово значение за инвестициите в общностите за продължаваща грижа. Въпреки размера на индустрията обаче все още липсва единно федерално законодателство. Това създава разминавания в регулациите в различните щати. Тези разминавания включват различия в изискванията за настаняване, финансовите гаранции и потребителски права. И все пак индустрията се саморегулира чрез Комисията за акредитация на общностите за продължаващите грижи (CCAC), която установява стандарти в области като финанси, управление и здравеопазване, а акредитираните общности преминават през редовни оценки и предоставят финансови отчети.

От правна гледна точка влизането в пенсионна общност се регулира чрез договор, който включва първоначален депозит, обикновено в диапазона на няколкостотин хиляди долара, и месечна такса за поддръжка. След сключване на договора депозитът може да бъде частично възстановен (между 50% и 90%) в случай на смърт или напускане на общността след приспадане на разходите за услуги.

Индустрията за продължаваща грижа за пенсионери преминава през важни промени, които се отразяват както на потребителите, така и на инвеститорите. Въпреки предизвикателствата, свързани с високите разходи и конкуренцията, тя продължава да расте и да се развива, като предлага възможности за специализирани и нишови услуги, които могат да отговорят на уникалните нужди на различни възрастни групи. | К

Ключът към дълголетието се крие в природата

Световният пазар на продукти и терапии за забавяне на стареенето ще надхвърли 90 млрд. евро до 2030 г.

Проф. д-р Милен И. Георгиев

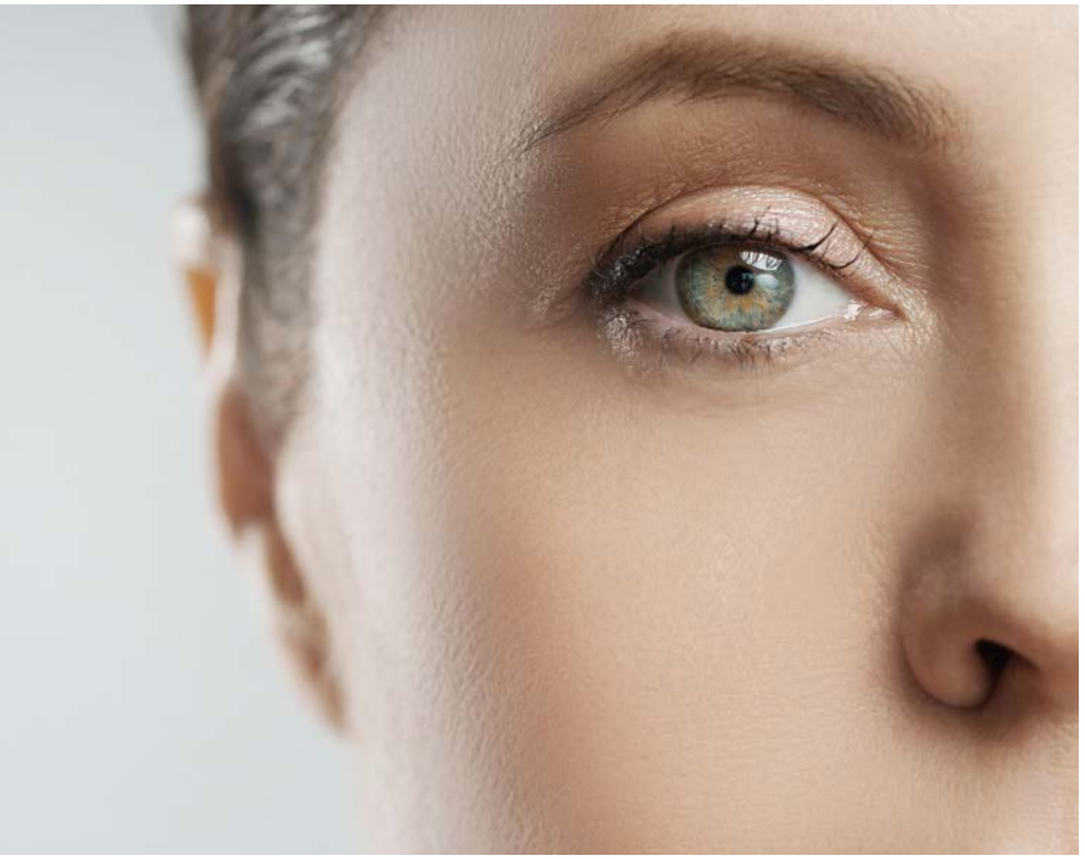
Световното население застарява, затова темите за стареенето и дълголетието ще заемат все по-централно място както в научните изследвания, така и в публичния дискурс и общественото планиране. Според Световната здравна организация (СЗО) броят на хората на възраст над 60 години се очаква да се удвои от 1 милиард през 2020 г. на 2,1 милиарда души до 2050 г. Организацията на обединените нации (ООН) съобщава, че глобалната продължителност на живота се е увеличила от 64 години през 1990 г. на 73 години през 2019 г., което изисква приоритетен фокус върху дълголетието. В този контекст Глобалната стратегия и план за действие на СЗО подчертават необходимостта от изследвания, иновации и политики за насърчаване на дълголетието и остаряването в добро здраве. Световният пазар на продукти и терапии за забавяне на стареенето е в постоянен ръст, като се очаква стойността му да нарасне от близо 60 млрд. евро през 2023 г. до над 90 млрд. евро до 2030 г.

Стареенето представлява съвкупност от необратими биологични процеси, които се характеризират с

постепенно намаляване на биологичната функция

и жизнеността на човешкия организъм с напредване на възрастта. Тези процеси обхващат сложно взаимодействие между генетични фактори, фактори на околната среда и начина на живот на всеки отделен индивид. Дълголетието, от друга страна, се отнася до удължената продължителност на живота, характеризираща се не само със способността за оцеляване, но и с оптималното удължаване на периода, в който човек поддържа добро здраве и високо качество на живот, включително запазени трудоспособност, социална и физическа активност. Последните постижения в области като генетиката, биотехнологиите и геронтологията разкриват част от механизмите зад тези процеси, пораждайки надежда за научни открития, които биха могли да забавят процесите на стареенето и да увеличат дълголетието.

Водещи страни в изследванията на стареенето и дълголетието са САЩ, Япония, Китай, Южна Корея, Сингапур и Индия. Тези държави разполагат с множество из-



Shutterstock

следователски институти, биотехнологични компании и нарастващ брой стартъпи, а изследванията в областта на дълголетието и стареенето са приоритети в националните им стратегии за подобряване качеството на живот населението.

Държавите от ЕС засега изостават спрямо тези темпове, с изключение на Германия и Нидерландия, където се инвестират значителни средства в изследвания върху дълголетието и стареенето чрез интердисциплинарни подходи. В този контекст, макар и изненадващо за мнозина, в България вече близо пет години с ръководения от мен екип провеждаме изследвания на природни молекули с потенциален ефект върху дълголетието и фотостареенето (стареенето на кожата). Изследваме растителни вещества, както и природни молекули, съдържащи се в традиционни хранителни продукти. Изследователският ни екип е част от колективите на Центъра за върхови постижения в областта на растителната системна биология и биотехнология (ЦРСББ), както и на лаборатория „Метаболомика“ към Българска академия на науките (БАН).

Моделният организъм, с който провеждаме научните изследвания в областта на дълголетието, е кръгъл червей Caenorhabditis elegans (C.elegans) — същият моделен организъм, с помощта на който тазгодишните Нобелови лауреати в областта на медицината, Виктор Амброс и Гари Рувкун, достигнаха до своите революционни научни открития. Интересното е, че за работата със C.elegans през годините са присъдени общо четири Нобелови награди, подчертаващи значението му в биомедицинските изследвания. Този червей е с големина около 1 мм и с прозрачно тяло, което го прави лесен за наблюдение под микроскоп и улеснява изследователите в изучаването на клетъчните процеси. Нещо повече — над 40% от гените на този организъм имат човешки хомолози, т.е. сходство с човешкия геном

Много биологични процеси, включително тези, свързани със стареенето и съпътстващите го заболявания, са идентични между C. elegans и хората. Затова този организъм се използва от колегите в световен мащаб както за проучване процесите на стареене и дълголетие, така и за изследване на невродегенеративни разстройства и онкологични заболявания. С продължителност на живота около 2–3 седмици, C. elegans ни позволява за относително кратко време да изследваме ефектите на различни фактори върху стареенето и дълголетието.

Нашият екип успя да идентифицира

природни молекули в специфичен вид български мед,

които удължават продължителността на живота на C. elegans с 30%. Понастоящем сме в процес на разработване на хранителна добавка за дълголетие под формата на таблетки на основата на екстракт от този вид мед. Разработваме и фракция със същия молекулен състав, но без захари, което ще позволи прием на добавката от диабетици и хора с метаболитни нарушения. Предстои тази разработка да бъде патентована и комерсиализирана.

Друго направление в проучванията ни е стареенето на кожата, или т.нар. фотостареене. Екипът ни разработи прототип на човешка кожа, върху който изследваме потенциала на растителни молекули в търсене на природни вещества, които да забавят процесите на стареене на човешката кожа. Разработихме прототипа на базата на обезсмъртени кератиноцити с цел той да възпроизвежда физиологичната структура на човешкия епидермис.

Кожата е най-големият орган в човешкото тяло

Тя има три основни слоя — епидермис, дерма и хиподерма. Епидермисът е най-външният слой, който осигурява защитната бариера на кожата и е изграден от кератиноцитни и меланоцитни епителни клетки. Кератиноцитите формират защитната бариера на кожата, а меланоцитите — нейната пигментация.

Промените във функцията и поведението на кератиноцитите значително допринасят за видимите признаци на стареене и цялостното здраве на кожата. С напредване на възрастта скоростта на делене на кератиноцитните клетки се забавя и техният брой намалява, което може да доведе до изтъняване на епидермиса, правейки кожата по-податлива на увреждане и намалявайки нейната бариерна функция. Диференциацията на тези клетки също се променя — кератиноцитите започват да произвеждат по-малко кератин и липиди, което допълнително компрометира бариерната функция на кожата. С напредване на възрастта способността на кератиноцитите да възстановяват увреждането на кожата от ултравиолетовите (UV) лъчи също намалява, увеличавайки риска от кожни заболявания и появата на признаци на фотостареене като бръчки и хиперпигментация.

За да избегнем използването на кератиноцити от донори, което изисква един непрестанен процес на вземане на >98

Профил

Проф. д-р Милен **И. Георгиев** е ръководител на лаборатория „Метаболомика“ в Института по микробиология на БАН и на отдел „Растителна клетъчна биотехнология“ в Центъра за върхови постижения по растителна системна биология и биотехнология (ЦРСББ) в Пловдив. Той има 20-годишен стаж в областта на биотехнологиите и природните вещества. Има над 200 научни публикации (вкл. в Nature Reviews Drug Discovery, Molecular Plant, Genome Biology, Biomedicine & Pharmacotherapy и Plant Biotechnology Journal). Изнесъл е над 60 лекции и семинари в 25 различни държави. Настоящите му изследвания са фокусирани върху биосинтез на биологично активни вещества и разработване на биотехнологични подходи за тяхната устойчива биопродукция; метаболомика и метаболитно профилиране; молекулярна фармакология, с фокус върху дълголетие, затлъстяване и фотостареене на кожата. Четирикратен носител на наградата „Питагор“ за принос в науката на Министерство на образованието и науката (2011, 2015, 2020 и 2024 г.), като понастоящем е единственият учен в България, удостоен с четири поредни отличия. От 2020 г. проф. Георгиев е включен за пета поредна година сред първите 2% учени в световната класация на най-цитирани учени в глобален мащаб сред всички научни дисциплини.

материални проби и изследвания, съобразени с жизнения цикъл на тези проби, разработихме „обезсмъртени“ кератиноцити, т.е. клетки от човешка кожа, които можем да отглеждаме постоянно в лабораторни условия, под формата на прототип на човешки епидермис. Това ни позволява да провеждаме всички изследвания върху създадения модел, без да използваме лабораторни животни, което е в съответствие с етичните норми на съвременната наука. Чрез този модел вече идентифицирахме растителни молекули с висок потенциал за фотопротекция.

Стареенето на кожата обикновено започва в края на 20-те

до началото на 30-те години от човешкия живот, като промените стават по-видими през 40-те и 50-те години. С напредване на възрастта производството на колаген и еластин във фибробластите на междинния слой на кожата (дермата) намалява, което води до понижаване на еластичността, стегнатостта и здравината на кожата. Фактори като ултравиолетовото лъчение от слънцето и т.нар. синя светлина, излъчвана от дигиталните устройства, както и замърсителите в околната среда и вредните навици (тютюнопушене, неправилна диета, нередовна хидратация и др.) също ускоряват стареенето на кожата.

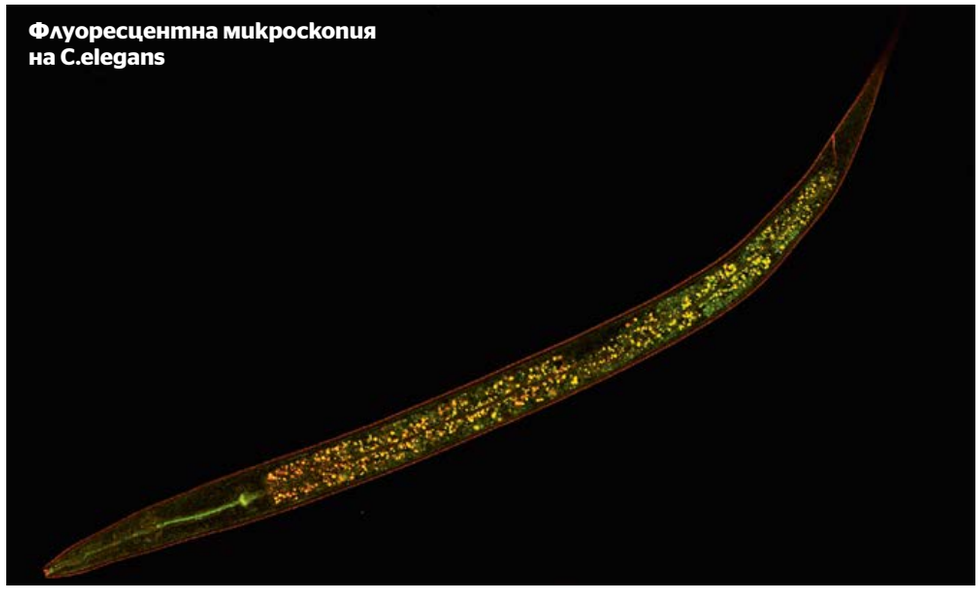
Световният пазар на фотопротективни продукти възлиза на близо 10 млрд. евро годишно. Голяма част от тези продукти са

базирани на основната съставка титанов диоксид,

чиято употреба вероятно ще бъде ограничена в бъдеще. Ние търсим природни алтернативи и вече сме открили няколко потенциални кандидата. Предстои патентоване на тези молекули за производство на фотозащитен крем за ежедневна употреба, разработен изцяло на базата на органични съставки. Следваща стъпка в нашите изследвания е разработването на органоид — лабораторно отгледана тъкан, съдържаща фибробластни клетки. Фибробластите са ключови клетки в съединителната тъкан, които играят важна роля в производството на колаген и еластин — два основни компонента, отговорни за здравината и еластичността на кожата. С помощта на този органоид ще проучваме природни вещества и техния потенциал да стимулират фибробластите на хора в напреднала възраст да произвеждат по-голямо количество колаген.

И докато стареенето е биологичен процес при живите организми, който към момента е необратим, става все по-възможно този процес да бъде забавен.

Вярвам, че ключът към дълголетието се крие в природата. | К



Флуоресцентна микроскопия на C.elegans

КАПИТАЛ

HealthPR

XI-ТА ГОДИШНА КОНФЕРЕНЦИЯ

ИНОВАЦИИ И ДОБРИ ПРАКТИКИ В ЗДРАВНИЯ СЕКТОР

ГЕНЕРАЛНИ ПАРТНЬОРИ:

AstraZeneca · sopharma · SOFMEDICA GROUP · БУЛФАРМА · AIRDT

ПАРТНЬОРИ ЕКСПЕРТИЗА:

MSD · SIEMENS Healthineers · NOVARTIS · Pfizer · ARPharM Асоциация на научноизследователските фармацевтични производители в България · Roche · Boehringer Ingelheim

НЕТУЪРКИНГ ПАРТНЬОРИ:

Българска организация за верификация на лекарствата · Takeda · astellas · HTA Evidence Matters · PHOENIX

ЕКСКЛУЗИВЕН МЕДИЕН ПАРТНЬОР:

ZDRAVE.NET Българският здравен портал

БЛАГОДАРИМ ВИ ЗА ПОДКРЕПАТА!

снимки
Надежда Чипева |
nadezhda.chipeva@capital.bg

текстове
Десислава Николова |
desislava.nikolova@capital.bg

Д-р Александър Симидчиев, председател на Комисията по здравеопазването на 50-ото Народно събрание и народен представител от ПП-ДБ в новия парламент, призова по време на официалното откриване да се постигне съгласие по основния въпрос – какво здравеопазване искаме като общество, за да може всички участници в здравната система да се подготвят адекватно.

Д-р Галя Кондева, министър на здравеопазването, каза, че лекарите са носител на иновациите, а министерството е партньор във въвеждането им и ще продължи да полага усилия, за да може чрез въвеждането на иновации да осигури по-добро и качествено здравеопазване и да не изоставаме от европейските практики в диагностиката и лечението.

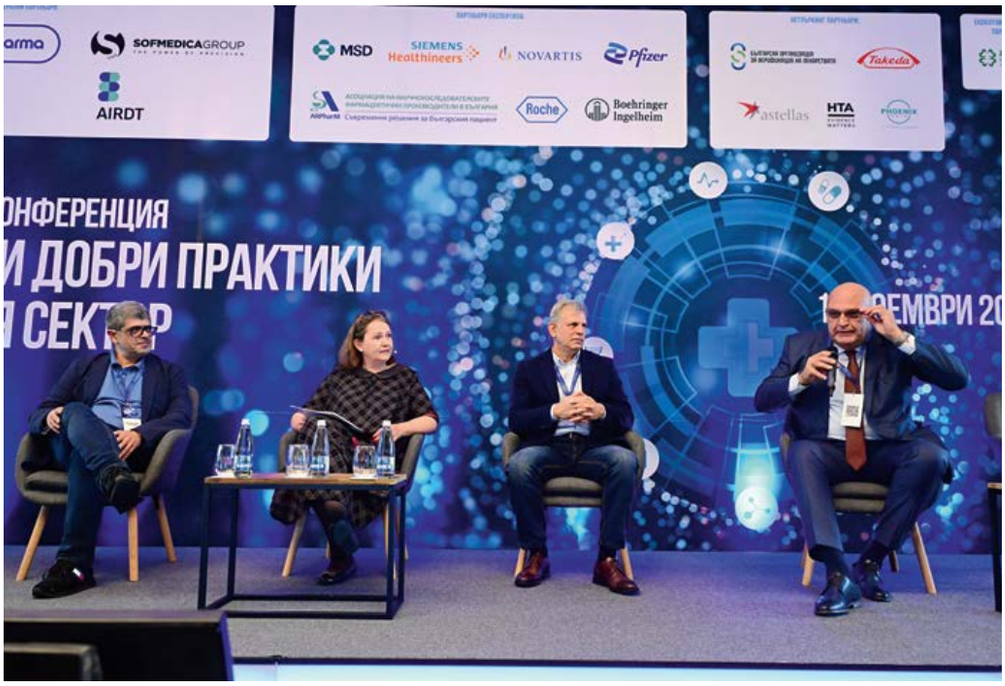
Д-р Николай Брънзалов, председател на Българския лекарски съюз, подчерта, че иновациите следват добрите практики, но за да се случат и двете, в България трябва да се реши много тежкият проблем с кадровия дефицит, и то чрез агресивни политики. Той припомни и че БЛС е договорил 1% от бюджета за болнична помощ да бъде насочен за иновации.

„Трябва да има план за действие, разработен или поне съгласуван и приет от медицинските съсловия, какъвто е Националната здравна стратегия. Планът трябва да сработи докрай, за да се реализира реформа. Фокусът трябва да е ползата на пациента, планираното да е прието от здравните специалисти и зад него да не наднича икономическият интерес“, каза магистър-фармацевт Димитър Маринов, председател на Българския фармацевтичен съюз.

Д-р Николай Болтаджиев, представител на работодателските организации в надзорния съвет на здравната каса, насочи вниманието към демонополизацията на здравната каса. „Иновациите и добрите практики ще се осъществят много трудно при наличната здравна каса, която е в ролята на един бюджетен разпределител. Необходима е конкуренция и на финансирането и аз съм „за“ такива промени“, каза той.

Адвокат Силвия Величкова, представител на пациентските организации в надзорния съвет на здравната каса, коментира, че целта на иновациите винаги е да се осигури по-ефективна и по-качествена медицинска помощ за пациента, а неговото естествено място е да бъде в центъра на здравната система.

Д-р Жасмина Коева-Балабанова, председател на Българския алианс за прецизирана и персонализирана медицина, показа резултатите от проучване в партньорство с AstraZeneca, че онколозите са най-информирани между здравните специалисти за биомаркерните изследвания.



Проф. д-р Арман Постаджиян, председател на Българската лига по хипертония и началник на отделение по кардиология в УМБАЛ „Света Анна" – София, проф. д-р Иван Стайков, медицински директор и началник на Клиниката по неврология на „Аджибадем Сити клиник УМБАЛ Токуда", и д-р Николай Брънзалов, председател на БЛС (от ляво надясно), обсъдиха причините за това България да бъде лидер по сърдечно-съдова заболяемост и смъртност в ЕС.

Хишам Сабри, изпълнителен директор на „Roche България", коментира тежестта на зрителните заболявания и това, че в България те са свързани с 447 млн. евро годишни разходи на обществото.

Рина Мушич, ръководител на клъстера за Югоизточна Европа, MSD, разказа за иновациите в онкологията, въздействието им върху клиничните резултати и какво е лечението днес в сравнение с преди десетилетие.

Проф. д-р Кирил Карамфилов, председател на Дружеството на кардиолозите в България, началник на Клиника по кардиология на УМБАЛ „Александровска“, запозна аудиторията с основните приоритети в Националния кардиологичен план.

Чл.-кор. проф. д-р Цветалина Танкова, дмн, ръководител на Катедра по ендокринология, МФ, МУ – София, началник на Клиника по диабетология, УСБАЛЕ „Акад. Иван Пенчев“, София, обясни защо е необходим холистичен подход в лечението на диабета. „Основните ни цели са да не допускаме тежките усложнения на диабета и да подобрим грижата за пациентите“, каза тя.

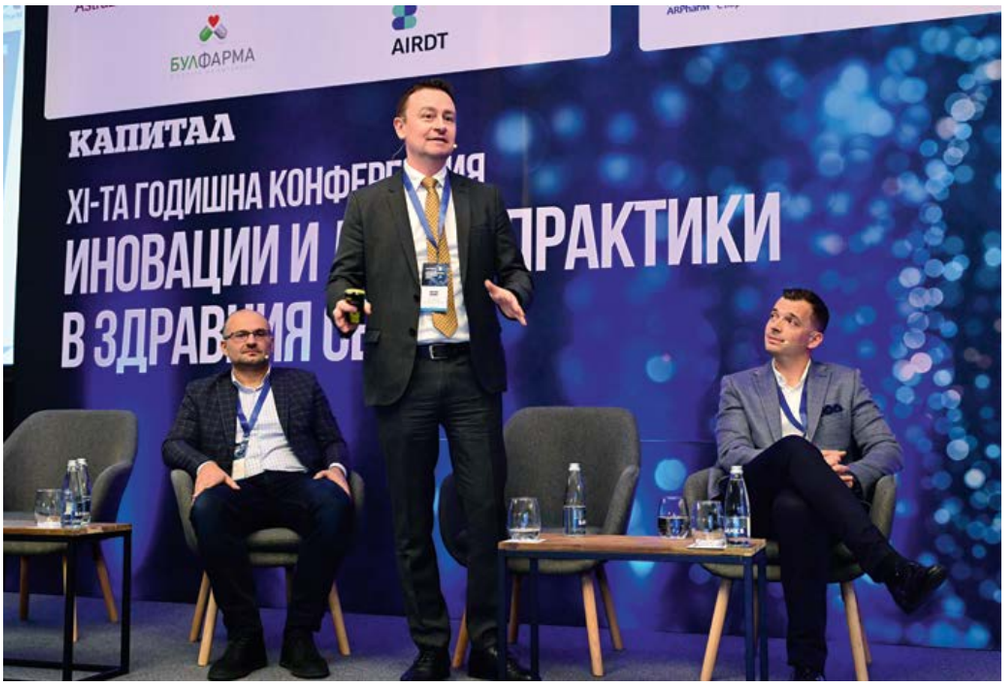
Калоян Попов, генерален мениджър на „Pfizer България“, представи ролята на компанията си в спасяването на милиони човешки животи.

Владимир Афенлиев, директор на дирекция „Лекарствени продукти и диетични храни“, НЗОК, направи преглед на разходите за лекарства по заболявания. Начело в топ 10 на хроничните заболявания за 2023 г. са диабет инсулинозависим и тип 2, предсърдно мъждене, псориазис. През 2024 г. от общо 8 млрд. лв. бюджет на НЗОК около 2 млрд. лв. са за лекарства, медицински изделия и диетични храни.

Тодор Воденичаров, управител на „Siemens Healthcare България“, беше модератор на панела, посветен на социално значимите заболявания, и той изтъкна, че представлява бранш, който е движен от иновациите. „В Европа има 16 000 нови патента годишно за медицински технологии, 9000 за биотехнологии, около 6000 за фармацевтични продукти“, каза той.

Лука Чичов, регионален мениджър на IQVIA за Централна и Източна Европа, отбеляза, че в България не се отделят достатъчно средства за здравеопазване и като продължителност на живот се нареждаме сред редица развиващи се икономики като Мексико, Бразилия и Аржентина.

Деян Денев, изпълнителен директор на Асоциацията на научноизследователските фармацевтични компании, обясни в детайли как се финансира иновативното лекарствено лечение у нас. „Достъпът до иновативна терапия у нас се подобрява в последните години. В онкологията около 30% повече пациенти получават имунотерапия и таргетна терапия, което се измерва в средно над 4 добавени години живот“, каза той.



Стефан Динев, изпълнителен директор на „Stada България“, обяви резултатите от годишния здравен доклад на компанията, според който българите смятат, че се грижат най-добре за своето здраве, като решават кръстословици и судоку.

Модератор на панела беше проф. д-р Иван Груев, бъдещ председател на Дружеството на кардиолозите в България, мандат 2026 – 2028 г., който коментира, че българите са жертви на лошия си начин на живот и затова ниската продължителност на живота не е изненада. „Нуждаем се от рестарт на цялостната концепция за здравето“, каза той.

Д-р Галя Йорданова, директор на дирекция „Лечение в България и чужбина и трансгранично обслужване“, НЗОК (вляво), и Светла Качарова, председател на управителния съвет на Асоциацията на вносителите на нерегистрирани лекарствени продукти, обсъдиха предизвикателствата пред лечението на редки болести с неразрешени за употреба лекарствени продукти.

Доц. д-р Антон Тонев, хирург, съветник по здравеопазването на кмета на гр. Варна, модерираше дискусията за това какво представляват иновациите в болничната помощ, до какви ползи водят за лекарите и пациентите и какви са тяхната реална цена и точно време за прилагане.

Станимир Михайлов, управител на Националната здравноосигурителна каса, направи широк преглед на механизмите на финансирането на иновативните методи в болничното лечение и лекарствената терапия, които прилага институцията.

„В БЛС смятаме, че е подходящо да има стъпаловиден метод за финансиране на иновативните методи първоначално частично от НЗОК, което да стимулира и участието на застрахователите, и при доказване на ефективността да се премине към финансиране изцяло“, каза д-р Иван Маджаров, заместник-председател на БЛС и два мандата председател на съюза.

Проф. д-р Калоян Давидов, началник на Клиниката по урология на УМБАЛ „Софиямед“, коментира, че иновацията е нещо, което още не знаем дали ще донесе печалба, но сме длъжни да инвестираме в него, защото най-вероятно това е бъдещето.

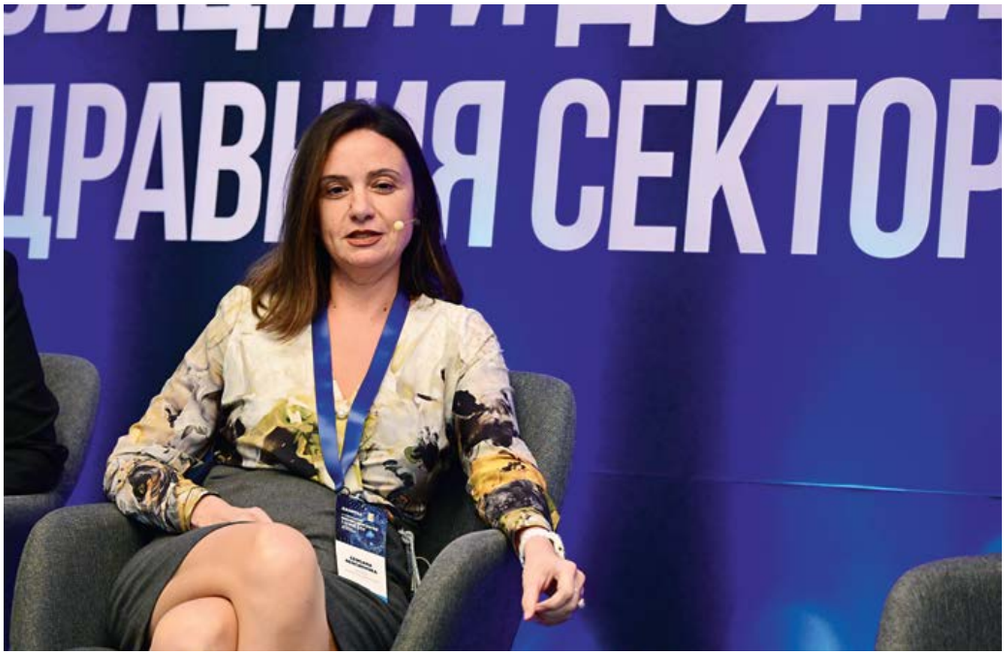
Доц. д-р Йорданка Узунова, началник на Клиниката по педиатрия на УМБАЛ „Лозенец“, коментира, че за иновациите трябва да има не само интелект и инвестиции, но и професионално управление, иначе те няма да бъдат внедрени в практиката или ще бъдат загубени. Тя насочи вниманието към трансплантациите при деца – високотехнологична дейност, която не се прави у нас, а плащаме в чужбина точно поради лошо управление на процеса.

Евангелос Каламакис, управляващ директор, СОФМЕДИКА, разказа за пътя на робот-асистираната хирургия в България. „Трябва да предоставим доказателства за данъкоплатците и болниците, за да са готови да инвестират“, смята той.

Дана Бурдуджа, ръководител „Науки за живота и здраве“, Европейска инвестиционна банка, представи инвестициите на институцията в региона и възможностите на правителството и компаниите да се възползват от помощта ѝ.

В панела за дигиталната трансформация в здравеопазването участваха Ваня Чонева, изпълнителен директор на SuperDoc (първата от дясно наляво), Деян Прокопов, изпълнителен директор на „Гама консулт“, Матей Мисар, основател и управляващ директор на Carebot, Чехия, Тома Томов, предприемач и модератор, д-р Александър Симидчиев, председател на парламентарната здравна комисия в 50-ия парламент, Гергана Ненчовска, директор на дирекция „Информационни технологии и системи за здравноосигурителни плащания“, НЗОК, и Боряна Маринкова, изпълнителен директор на Българската асоциация за развитие на паралелната търговия с лекарства.

Д-р Александър Симидчиев, председател на парламентарната здравна комисия, говори за внедряването на дигитализацията в здравната система. „Развитието ѝ е скокообразно. Сред плюсовете е, че електронното здравно досие покрива цялото население. Същевременно информацията не служи пълноценно, само се събира. Нямаме обща визия накъде отиваме в здравеопазването, а това беше целта на Националната здравна стратегия. В здравеопазването не можем да правим стратегия за по-малко от 10 г.“, каза той. Оценката му за дигиталното здравеопазване към момента е 3.

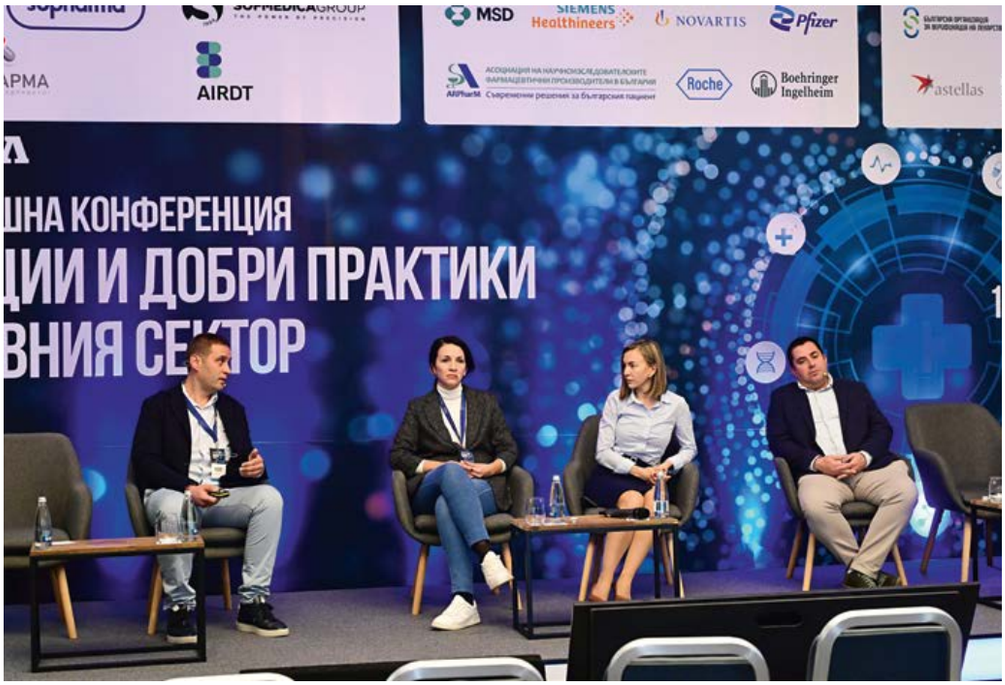


Гергана Ненчовска, директор на дирекция „Информационни технологии и системи за здравноосигурителни плащания“ в НЗОК, каза, че „електронизацията на процесите в НЗОК е в ход от старта ѝ през 1999 г. и тя разполага с най-голям обем данни“. „В последните две години централизирахме информацията. Върху базите данни трябва да бъде надградена аналитична система, която да бъде достъпна за множество потребители“, обясни тя.

Деян Прокопов, изпълнителен директор на „Гама консулт“ (в средата), каза, че вече има видими стъпки в дигитализацията, въпросът е дали и за кого са видими и полезни данните. „И диагностично свързаните групи, и изкуственият интелект почиват върху данни. За да имаме и двете, ни трябва здравна информация. В България е сериозна грешка, че се правят системи, без да се дефинира какви данни ще обработват те и по какъв начин“, каза Прокопов и даде примери за документи само на хартия, които не минават през здравната информационна система. Ваня Чонева, изпълнителен директор на SuperDoc, подчерта, че липсата на структуриран подход в прилагането на иновация като телемедицината е най-притеснителна, тя се явява като кръпка в системата. „Само през октомври 300 000 души са запазили час за здравна консултация онлайн, но специалистите, които могат да предложат удобни решения, не са интегрирани в системата“, каза тя.

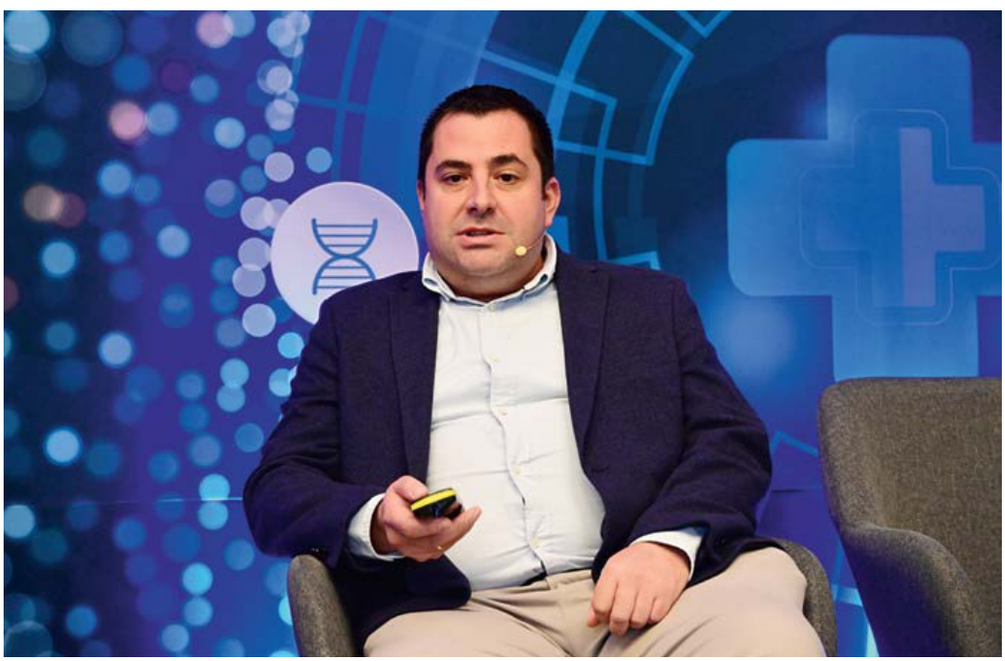
Боряна Маринкова, изпълнителен директор на Българската асоциация за развитие на паралелната търговия с лекарства (вляво), говори за ролята на паралелната лекарствена дистрибуция като механизъм за решаване на случаи на лекарствен недостиг. „В Европа паралелната търговия с лекарства е напълно легитимна и дори се поощрява. Паралелната дистрибуция работи на фона на излишъци от лекарствени продукти и няма интерес от дефицит на националните пазари“, обясни тя.

Матей Мисар, основател и управляващ директор на Carebot, Чехия, представи иновативно решение с приложение на изкуствен интелект в образната диагностика. „То може да повиши ефективността на диагностиката до 25% в клиничната практика. 64% от чешките болници го използват“, каза той.



Д-р Асен Келчев, началник на отделение по кардиохирургия към „Аджибадем Сити клиник УМБАЛ Сърдечно-съдов център“ (първият от дясно наляво), адвокат Мария Шаркова, управляващ съдружник в „Шаркова и партньори“, Надежда Рангелова, съосновател на фондация „За доброто“, и д-р Георги Славчев, партньор и научен директор на НТА, дискутираха иновациите и добрите практики в здравния сектор.

Д-р Георги Славчев, партньор и научен директор на НТА , обясни, че в основата на добрите практики стои вземането на решения, а за тях са нужни доказателства, и даде пример: „За да оценим въздействието на дадено заболяване в обществото, правим оценка на всички разходи за него. Над 195 000 хора в трудоспособна възраст страдат от мигрена, 270 млн. лв. са пропуснатите икономически ползи, вижда се, че то трябва да бъде включено в заболяванията, чието лечение се реимбурсира от НЗОК.“



Д-р Асен Келчев, началник на Отделението по кардиохирургия в „Аджибадем Сити клиник УМБАЛ Сърдечно-съдов център“, подчерта, че оперативното лечение е на върха на пирамидата, и показа как са внедрени иновативни техники като миниинвазивната кардиохирургия в неговата структура. Основният принцип е екипна работа и обучение от чужди водещи специалисти, а целта е на пациентите да се помага в България, вместо да ходят в чужбина. „Първи сме във въвеждането на биологични аортни клапи у нас, но не това е важното, а че те вече са достъпни за българските пациенти“, каза д-р Келчев.

РАЗЛИЧАВАЙ **БОЛКАТА В ГЪРЛОТО!**

ПРИ ПЪРВИ СИМПТОМИ

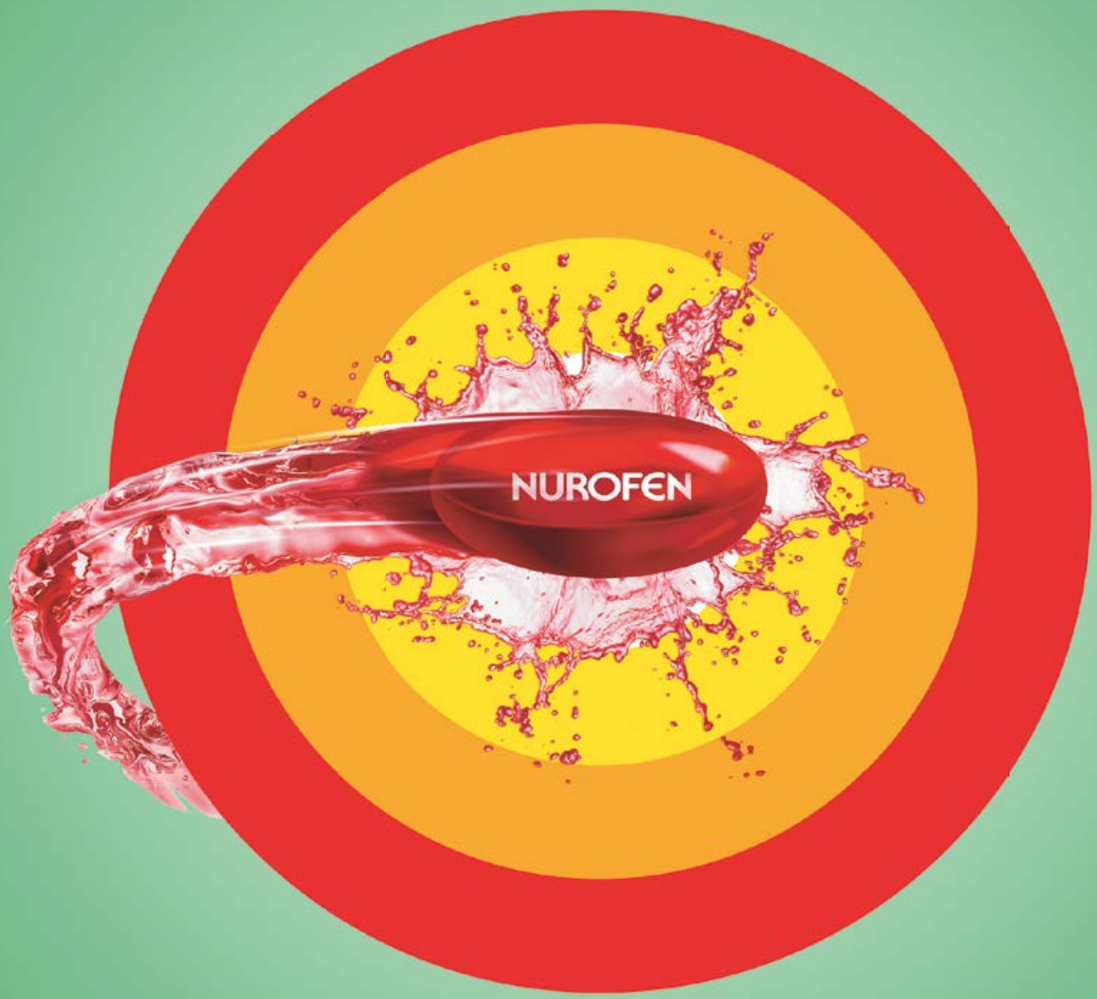
УБИВА ВИРУСИ, ГЪБИЧКИ, БАКТЕРИИ

ПРИ СИЛНО ВЪЗПАЛЕНО ГЪРЛО

ОБЛЕКЧАВА ВЪЗПАЛЕНИЕТО ДО 6 ЧАСА.

Лекарствени продукти без рецепта. Стрепсилс Мед и Лимон за възрастни и деца над 6 години. Стрепсилс Интензив за възрастни и деца над 12 години – съдържа флурбипрофен. Преди употреба прочетете листовките. Рег. №: А 0200/27.09.2023г.

НУРОФЕН ЕКСПРЕС ФОРТЕ ОБЛЕКЧАВА ГЛАВОБОЛИЕТО 2Х ПО-БЪРЗО*



*в сравнение с обвити таблетки Нурофен

Лекарствен продукт без рецепта за лица над 12 години. Съдържа ибупрофен. Преди употреба прочетете листовката.
Рег. А 0031/15.02.2023г.