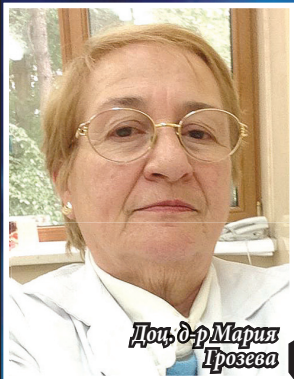


QUO VADIS



НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ



Доц. д-р Мария Грозева

СЪДЕБНА МЕДИЦИНА



Д-р Веселин Секулов

ЛЕКАРИ В ПОМОЩ НА ПРАВОСЪДИЕТО

За професията съдебен лекар и къде се срещат медицина и право разговаряме с доц. д-р Мария Грозева – съдебен лекар и д-р Веселин Секулов – психиатър.

Съдебната медицина е дефинирана като специалност с преобладаващо клинично-диагностична насоченост в Наредба 34/2006 г. През 2019 г. отбелязахме 100 години Катедра по съдебна медицина и деонтология към МУ-София. Създадена от проф. д-р Атанас Теодоров-Балан, тя поставя началото на специалността у нас.

На стр. 6-7



Д-Р ВАСИЛ МАРГАРИТОВ ЗА ВЪЗМОЖНОСТИТЕ НА ТЕРМОВИЗИОННОТО ИЗСЛЕДВАНЕ

На стр. 5

ЕВА ГЕОРГИЕВА

На стр. 4



КРЕХКИ ПЛЕЦИ

ПОД ТЕЖКИЯ ПАГОН

ЗА КОНТРОЛ НА ГРИПНИТЕ СЪСТОЯНИЯ

Осцилококцидум!

ПРОФИЛАКТИЧНО
1 доза
седмично

ПРИ КОНТАКТ
С БОЛНИ
1 доза на
всеки от
контактните

ИЗЯВЕНА
КЛИНИЧНА
КАРИНА
По 1 доза
сутрин и вечер

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

2 ОПАКОВКИ = 3 МЕСЕЦА ПРОФИЛАКТИКА!



BOIRON®

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

Лекар на годината

2020

БУЛМЕДИКА

международно
изложение за
медицинска
техника,
оборудване и
консумативи



ИНТЕР
ЕКСПО
ЦЕНТЪР

7 – 9
ОКТОМВРИ
2020

НОМИНАЦИИТЕ ПРОДЪЛЖАВАТ
ДО 05.10.2020 г.

Подробности за конкурса на БЛС на стр. 3



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



ISSN 2534-8981

МИНИСТЪР АНГЕЛОВ:

РАЗРУШАВАМЕ СТАРАТА СГРАДА ЗА ДЕТСКА БОЛНИЦА В КАРЕТО НА МЕДИЦИНСКА АКАДЕМИЯ

Старата сграда в карето на Медицинска академия, чиято конструкция се предвиждаше да бъде реконструирана за нуждите на детска болница, ще бъде разрушена, а на нейно място ще бъде изградена изцяло нова Национална многопрофилна детска болница, съобщава medicalnews.bg. Това ще стане в рамките на сключения договор с Консорциум ДЗЗД „Детско здраве“, без да бъдат променени сроковете и бюджетът, заложен в договора. Това заяви министърът на здравеопазването проф. Костадин Ангелов по време на състоялото се на 14.09.20 г. обществено обсъждане за изграждането на национална педиатрична болница.

Министър Ангелов посочи: „Имам уверението на изпълнителя, че разрушаването на съществуващата конструкция ще бъде изпълнено в срок от приблизително 6 месеца, което няма да повлияе на крайния срок за реализиране на проекта. Сградата ще бъде съборена по най-безопасния начин, така че да не бъдат нанесени щети на съседните лечебни заведения, а живущите в района да не търпят вреди.“

В рамките на изказването си проф. Ангелов подчерта: „Наша обща отговорност е да създадем такава детска болница, в която децата на България да получават качествена, навременна и комплексна медицинска грижа, родителите да бъдем спокойни, че те са в ръцете на най-подготвените професионалисти в сферата на детското здравеопазване и че за диагностиката, лечението и въз-

становяването им се работи по европейски стандарти. Не искам българските деца да се лекуват в чужбина – имаме апаратура, имаме специалисти, но нямаме всичко това на едно място.“

По отношение на Обществения съвет, ангажиран с Националната детска болница, здравният министър беше категоричен: „Съветът ще бъде консултативен орган към министъра на здравеопазването, а не структура на бюджетна издръжка, каквито предложения постъпиха в Министерството. В състава му ще влязат представители на всички заинтересовани страни.“



ПРОДЪЛЖАВА НАБИРАНЕТО НА СРЕДСТВА ЗА СЕМЕЙСТВАТА И БЛИЗКИТЕ НА ПОЧИНАЛИТЕ ОТ COVID-19 МЕДИЦИ

Кампанията на БЛС, чрез която се подпомагат семейства и близките на починалите от COVID-19 медици, продължава да набира дарения.

В моменти като този по-важно от всякога е да останем заедно и да си помагаме! По-важно от всякога е да бъдем сплотени като съсловие и като общество и да не оставаме безучастни към болката на другите! По-важно от всякога е да покажем, че заедно можем да се справим и да помогнем!

Благодарим на всички, които вече се включиха и по този начин подпомогнаха семействата и близките на починалите от COVID-19 медици.



Български лекарски съюз

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

Титуляр: Български лекарски съюз
Банка: УниКредит Булбанк АД
IBAN: BG55UNCR70001523991300
BIC: UNCRBGSF
Основа: МЕДИЦИ COVID-19
САМО ЗАЕДНО МОЖЕМ ДА СЕ СПРАВИМ!

КОЛЕГИТЕ, КОИТО ЗАГУБИХМЕ В БИТКАТА

ПОЧИНА Д-Р ЕМИЛ ВАКЛЪОВ

БЛС изказва съболезнования на семейството, близките и колегите на починалия д-р Емил Ваклъов - кардиолог от Благоевград и син на общопрактикуващия лекар д-р Муса Ваклъов, който си отиде от този свят в края на август.

За броени дни изгубихме двама прекрасни лекари, посветили животите си на медицината и на своите пациенти.

Д-р Емил Ваклъов изгуби битката с коварната болест, но с достойнство изпълняваше своя професионален и морален дълг.

Поклон пред неговата всеотдайност и смелост.

Светла му памет!

ОТИДЕ СИ Д-Р ПЕТЪР СТАНОЕВ

Спешният медик от екипа на ЦСМП-Пазарджик загуби живота си след дълга битка с COVID-19. 40 дни продължи борбата за неговия живот, но за съжаление, коварният вирус се оказа по-силен.

68-годишният фелдшер беше изпратен с аплодисменти и вой на сирени.

Поднасяме своите съболезнования на семейството и колегите на д-р Петър Станоев.

Поклон пред всеотдайността и професионализма му!

Светъл път към вечността!

Д-Р МАРИН МАРИНОВ ЗАГУБИ БИТКАТА С К-19

БЛС поднася съболезнования на семейството, близките и колегите на починалия д-р Марин Маринов - общопрактикуващ лекар от гр. Силистра.

С дълбока скръб посрещнахме новината за смъртта на д-р Маринов - всеотдаен професионалист, който достойно и отговорно се грижеше за своите пациенти. За близо месец четвърти член на голямото лекарско семейство загуби битката с коварната болест.

Д-р Маринов ни напусна, но с достойнство изпълняваше своя професионален и морален дълг.

Светла му памет!

К-19 ОТНЕ ЖИВОТА И НА Д-Р МИЛАН ПЪРВАНОВ

Български лекарски съюз изказва своите дълбоки съболезнования на семейството, близките и колегите на починалия д-р Милан Първанов - завеждащ отделението по анестезиология и интензивно лечение на МБАЛ "Иван Скендеров" в гр. Гоце Делчев.

С огромна болка и прискърбие посрещнахме новината за смъртта на д-р Първанов, изявен и уважаван медик в областта, който е спасил хиляди пациенти и за когото медицината беше призвание. Изгубихме лекар, който отдаде живота си, но се грижи до последно за своите пациенти, за болните и нуждаещи се хора.

Светлина по пътя ти към вечността!

COVID-19 ПОГУБИ И АВА ВАКЛЪОВА

Български лекарски съюз изказва своите съболезнования по повод кончината на медицинската сестра Ава Ваклъова, майка на д-р Емил Ваклъов и съпруга на д-р Муса Ваклъов, които също си отидоха от този свят от коварния вирус.

С огромна болка и прискърбие посрещнахме новината за смъртта на Ава Ваклъова. Изгубихме уважавани медици, които отдадоха живота си, но се грижиха до последно за своите пациенти, за болните и нуждаещи се хора. Ава Ваклъова изгуби битката с коварната болест, но както нейният съпруг и син, с достойнство изпълняваше своя професионален и морален дълг.

Светла ѝ памет!



МЗ ПРЕПОРЪЧВА РАБОТНИЯТ ПРОЦЕС ДА ПРОДЪЛЖИ В ДИСТАНЦИОННА ФОРМА



Министерство на здравеопазването

Работният процес на колективните органи за управление и на служителите да се провежда при възможност в дистанционна форма (надомна работа/работа от разстояние) или да се установи работно време с променливи граници или работа на смени. Това се посочва в издадена заповед на министъра на здравеопазването.

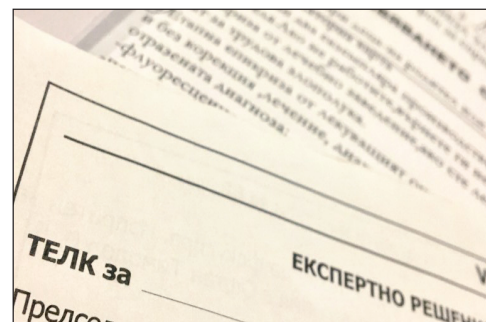
Съгласно заповедта работодателите могат да прилагат и други превантивни мерки и методи на работа, в зависимост от спецификата на съответната трудова дейност. Целта е да бъде осигурено по-добро ниво на защита на работещите, в т.ч. и ограничаване на несъществените контакти на работното място.

Пълният текст на Заповед № РД-01-487/31.08.2020 г. на www.blsbg.com.

ПРИЕТА Е ПРОМЯНА В НАРЕДБАТА ЗА МЕДИЦИНСКАТА ЕКСПЕРТИЗА

Министерският съвет прие Постановление за допълнение на Наредбата за медицинската експертиза, съобщава medicalnews.bg. С промяната на наредбата се цели да се преодолеят нормативната празнота след съдебната отмяна на т. III от Методиката за прилагане на отправните точки на оценка на трайно намалената работоспособност (вид и степен на увреждане) в проценти към Наредбата за медицинската експертиза.

Ще се създаде възможност за пълноценна работа на ТЕЛК и НЕЛК при осъществяване на медицинската експертиза на лицата, заявили необходимостта от такава, ще се осигури обективност и равнопоставеност при оценяването на ТНР/ВСУ по отношение на всички заинтересовани лица. Ще се гарантира справедливост при осъществяване на медицинската експертиза, като се разграничат по-леките случаи, при които лицето има две или повече увреждания, от които само за едно от тях в отправните точки за оценка е определен процент – 50 или над 50 на сто от случаите, при които са налице две или повече увреждания, но най-малко



две от тях са с определен процент ТНР/ВСУ – 50 или над 50 на сто.

Освен това, няма да се допусне ощетяване на заинтересованите от освидетелстването/преосвидетелстването лица, от гледна точка на последващата социална експертиза и полагащите се във връзка с нея социални придобивки, твърдят от пресцентъра на правителството.

СТАТИСТИКА НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТТА ОТ К-19 В БЪЛГАРИЯ

Данни от информационния портал на

Информационно обслужване АД: <https://coronavirus.bg>.

СТАТИСТИКА

Информация към 00:00 часа на 21 септември 2020 г.

493 029

НАПРАВЕНИ PCR ТЕСТОВЕ КЪМ 21 СЕПТЕМВРИ 2020 Г.

1 249

за последното денонощие

18 863

ПОТВЪРДЕНИ СЛУЧАИ

4 522

активни случая

718

ХОСПИТАЛИЗИРАНИ

35

в интензивно отделение

13 580

ИЗЛЕКУВАНИ

22

за последното денонощие

761

ПОЧИНАЛИ

6

за последното денонощие

ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО ПОКАЗВА УСТОЙЧИВОСТ ОКОЛО КРИЗАТА COVID-19, НО ДЪРЖАВАТА ТРЯБВА ДА ОТДЕЛЯ ПО-ГОЛЯМО ФИНАНСИРАНЕ ЗА СИСТЕМАТА

Средства от акцизи да се използват за подобряване на материалната база на болниците, нови технологии и лекарства

Отношението на българите към здравната система е традиционно негативно, но все пак има регистрирана позитивна динамика за срок по-малко от 1 година. Това сочат данните от национално представителните социологическо проучване „Нагласи на българите към здравната система“. То е проведено сред 1005 респонденти през август 2020 г. от агенция „Тренд“ по поръчка на инициативата „Задно за повече здраве“, в която участват БЛС, Български фармацевтичен съюз (БФС) и Асоциацията на научноизследователските фармацевтични производители в България (ARPharm). През октомври м.г. бе проведено аналогично социологическо проучване, данните от което бяха представени на Първата национална конференция „Заедно за повече здраве“.

Според новото изследване, 63% от българите смятат, че здравната ни система се развива в негативна посока, а при предишното проучване от преди по-малко от година този процент е бил близо 70.

„Независимо че и двете национално представителни допитвания сочат, че

оценката на общественото мнение за здравната система в България е традиционно силно негативна, все пак има регистрирана позитивна динамика“, констатира Димитър Ганев от социологическа агенция „Тренд“. Според него до голяма степен това се дължи на кризата около COVID-19, която показва по-скоро устойчивост на здравната ни система при сблъсъка с епидемията. Мнозинството от българите – 52% са на мнение, че българското здравеопазване се е справило с проблемите около COVID-19. Според 26% от запитаните системата ни не се е справила, а 22% не могат да преценят.

„Кризата около COVID-19 фактически фокусира вниманието на всички българи към здравната система и как тя реагира на предизвикателството, като заключението е по-скоро позитивно и увеличава доверието в здравната ни система“, коментира Димитър Ганев. Според проучването близо 40% от хората имат повече доверие в системата след епидемията, а за 32% това е причина за спад в доверието им. За 48% от българите здравеопазването ни не е подготвено

за подобен род предизвикателство, а 73% са на мнение, че се нуждае категорично от допълнително финансиране, за да се справи.

Хората виждат основните проблеми на системата най-вече във високото заплащане за медицински услуги (52%) и липсата на медицински кадри (42%). След това се нареждат проблемите с лошото състояние на болниците (39%) и високото заплащане за лекарства (37%). Според 47% от българите тези негативи се дължат най-вече на лошия контрол в системата както и на недостатъчното финансиране, което посочват 23% от запитаните през август. Подобни са отговорите през октомври м.г. – 45% са посочили лошия контрол от страна на институциите и 29% липсата на необходимите за това средства.

Решенията за подобряването на качеството на здравните услуги у нас българите виждат най-вече в по-високото финансиране на здравеопазването – 12%, както и в увеличението на заплатите на медицинския персонал – 11%. Голяма част от анкетиранияте – 89% заявяват, че според тях здравеопазването



Заедно за ПОВЕЧЕ ЗДРАВЕ

трябва да се разглежда като инвестиция, а не като разход. Огромното мнозинство от гражданите са на мнение, че трябва да се отделят повече средства за здравеопазване, като това са посочили 86% от хората и в двата етапа на изследването.

Според 95% от запитаните през август т.г. и октомври м.г. здравната ни система трябва да осигури и по-добър и навременен достъп до лекарства. 25% от участниците в проучването т.г. преценяват, че имат добър достъп до съвременни лекарства, но за 54% от хората това не е така. Подобна е преценката им и за възможността за използване на съвременни терапии. За 20% от анкетиранияте българите има достъп до тях, а за 60 на сто те все още не са достъпни за пациентите.

Парите, отделени за здравеопазване, трябва да се изразходват най-вече за подобряване на материалната база на болниците (41%), за нови технологии/апаратура (39%), за заплащане на повече лекарства от държавата (39%) и за по-високи заплати на лекари и медицински сестри (29%) според анкетиранияте.

Откъде да дойдат тези пари обаче? Категорично мнение е, че държавата трябва да вземе тези средства от приходите от акцизи за цигари и алкохол смятат 74 на сто, а не от повишаване на осигурителната тежест, което са посочили 10% или от въвеждане на допълнително здравно осигуряване, което определят само 18% от интервюираните.

НОМИНАЦИИ ЗА „ЛЕКАР НА ГОДИНАТА“ 2020

Тази година БЛС ще избере „Лекар на годината 2020“ на официална церемония на 19.10.2020 г. в София, на която ще бъдат връчени наградите на съсловната организация за принос в медицината.

2020 несъмнено е белязана от пандемията Ковид-19. Затова и ръководството на БЛС реши част от категориите, в които ще отличат заслужилите, да бъдат тясно обвързани с жертвоготовността и приноса на лекарите, които с чест и достойнство участват в битката с коварната болест, а наградите да бъдат раздадени при спазване на строги мерки за безопасност.

КАТЕГОРИИТЕ, В КОИТО ЩЕ СЕ НОМИНИРАТ ЗАСЛУЖИЛИТЕ ПРИЗНАНИЕ МЕДИЦИ, СА:

„ДЪЛГОГОДИШНА ДЕЙНОСТ В ОБЛАСТТА НА МЕДИЦИНАТА И АКТИВЕН ПРИНОС В РАЗВИТИЕТО НА СПЕЦИАЛНОСТ“

Лекар на годината 2020



„ПРИНОС ЗА РАЗВИТИЕ И ПРИЛАГАНЕ НА ИНОВАТИВНА МЕДИЦИНА И УНИКАЛНИ ТЕХНИКИ“

„ТИ СИ НАШЕТО БЪДЕЩЕ“ – НАГРАДА ЗА МЛАДИТЕ МЕДИЦИНСКИ НАДЕЖДИ НА БЪЛГАРИЯ“ – (НАГРАДА ЗА МЛАДИТЕ МЕДИЦИНСКИ НАДЕЖДИ НА БЪЛГАРИЯ, ВЗЕЛИ АКТИВНО УЧАСТИЕ В БИТКАТА С КОВИД-19)

„ПРИНОС ЗА РАЗВИТИЕ И УТВЪРЖДАВАНЕ АВТОРИТЕТА НА СЪСЛОВНАТА ОРГАНИЗАЦИЯ“ – (ЛЕКАРИ, ДАЛИ СВОЯ ПРИНОС ЗА БОРБАТА С КОВИД-19)

„ЛЕКАР НА ГОДИНАТА 2020“

Изискванията за подаване на предложения за номинации в горепосочените категории са следните:

- посочване на категорията, за която предлагате номинация (предложение);
- име на номинирания (предложения) кандидат;
- кратка професионална биография на кандидата (особени заслуги в областта на медицината, международни изяви на кандидата (ако има такива), актуална снимка и т. н.).

И тази година, за трети пореден път, съсловната организация ще очаква номинации (предложения) не само от регионалните лекарски колегии на БЛС, а и от Дружествата по специалности, лечебните заведения от цялата страна и всички, които желаят да отличат свои колеги лекари.

С най-голяма тежест при отличаването на победителите в отделните категории ще са съответно: на първо място предложенията на РЛК, следват дружествата по специалност, лечебните заведения и т.н.

От предложените (номинирани) лекари УС на БЛС ще избере тези, които ще бъдат отличени.

За да оптимизираме процеса по събиране на предложения, моля да изпращате своите НОМИНАЦИИ в ПЕТТЕ основни категории на специално създаден за целта електронен адрес: lekarnagodinata2020@blsbg.com.

Вашите предложения очакваме до 05.10.2020 г.

ПОРЕДНО НАПАДЕНИЕ НАД ЛЕКАР

Инцидентът е станал в УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна

ОД на МВР – Варна в бюлетина си от 18.09.20 съобщава, че „е получен сигнал за това, че пред болнично заведение, мъж и жена са нападнали медицинско лице, като са му причинили телесна повреда след насяне на удари по лицето и тялото. След проведени незабавни действия по разследване на случая и оперативно – издирвателни дейности е установено, че

извършители на деянието са мъж на 53 г. и жена на 31 г. По случая е образувано досъдебно производство, материалите са докладвани на прокурор от Районната прокуратура във Варна.“

Извършителите са нападнали неврохирург от болницата, след като той ги е информирал, че за съжаление, по-малката сестра на жената е починала. Медикът е с охлузвания. Предстои съдебно-медицинска експертиза на пострадалия и след това ще се реши дали ще се повдигне обвинение.

ВМА Е ДОМАКИН НА ОБНОВЕНАТА ИЗЛОЖБА „ДОБРАТА ДУМА ЛЕКУВА“

Третата изложба под надслов „Добрата дума лекува“ беше открита на 1.IX. в централното фоайе на ВМА. Тя е част от кампанията на Българския лекарски съюз срещу насилието над лекари и инициативата #ПребориГнева.

На откриването присъства ръководството на БЛС, министърът на здравеопазването проф. Костадин Ангелов, генерал-майор проф. д-р Венцислав Мутафчийски – началник на ВМА, актьорът и лице на кампанията Владимир Карамазов, новият выпуск военни лекари, пациенти и служители на лечебното заведение.

Председателят на БЛС благодари на Владимир Карамазов и проф. Костадин Ангелов, който още като директор на УМБАЛ „Александровска“ подкрепи инициативата. Д-р Маджаров поясни, че в началото кампанията е била насочена към критичните звена, като спешните отделения, в които медиците се борят за живота на своите пациенти, но често стават обект на агресия и гняв.

„Днес с изложбата искаме да покажем, че е важно за цялото общество да има доверие в нас – лекарите и в здравната система. Решихме да извадим на преден план добрите думи и отношение на пациентите. По този начин аз вярвам, че ние като лекари ще вършим по-добре работата си и от друга страна ще дадем възможност на много хора в момента, в който се колебаят дали да се лекуват, да изберат правилния път, имайки предвид примера на споделилите в кампанията своите преживявания“, заяви д-р Маджаров.



Домакинът на изложбата генерал-майор проф. д-р Венцислав Мутафчийски заяви, че лекарската професия се отличава от останалите професии с милосърдие, самарянско отношение към болния, разбирането и на неговите проблеми, дори и пациентът да бъде агресивен. Началникът на ВМА отбеляза, че на този ден, преди 142 години, е създадена военномедицинската служба.

Министър Костадин Ангелов благодари на БЛС за инициативата и заяви, че лекарите, освен герои и свръхсъщества, каквито очакват всички, те са обикновени хора, със своите мисли, чувства и проблеми. „Лекарят има сърце на любяща майка. Такива са лекарите, които аз познавам, такива са и сестрите, които аз

познавам. Нека да подкрепим българските лекари и медицински сестри, всеки ден да ги подкрепяме и да показваме колко много значат те за нас“, каза проф. Ангелов.

Топли думи за лекарите спасители на Илиян Пондалов изрече и неговата майка Дора. Младият мъж е преживял две черноробни трансплантации във ВМА. Дора Пондалова изпрати снимка и думи на благодарност за екипа, погрижил се за Илиян, и е част от обновената изложба „Добрата дума лекува“. В тази връзка д-р Иван Маджаров коментира, че донорството понякога е подлагано на атаки, а лекарите, които се занимават с тази нелека задача, са жертва на грозно и унищително отношение.

„За да си свършат работата тези, които ще трансплантират, е необходима цяла мрежа

КРЕХКИ ПЛЕЩИ ПОД ТЕЖКИЯ ПАГОН

- Вие ли избрахте лекарската професия или тя избра Вас – какво Ви мотивира да следвате медицина?

- Предпочитам да мисля, че аз съм я избрала, някак това ме успокоява, когато става тежко на моменти. Колкото до мотивацията - ако сам не се мотивираш, няма кой друг да го направи.

- А защо избрахте пагона? Какво е той за Вас?

- Пагонът за мен беше лично предизвикателство. Вече четвърта година го нося на раменете си и наистина усещам тежестта му. Когато кандидатствах, не си давах сметка какво значи да си военен. Зад престижността и красотата на униформата стоят много лишения и отговорности, за които не можеш да се подготвиш предварително. На моменти ти идва да се откажеш... заради всички изпитания. Но ако сега мога да върна времето назад, не бих променила решението си.

- Каква според Вас е мисията на военния лекар? Как си представяте тази професия, преди да започнете Вашето обучение? Отговори ли действителността на Вашите очаквания?

- Мисията ми е да не се отказва и да продължава да се подлага на всички тези лишения, а наградата е щастието в лицата на хората, на които помагам и на техните близки, както и гордостта от самоизграждането. Когато кандидатствах, не си представях, че ще ставам всяка сутрин в 5:30, че ще гладя и шия като луда или че ще имам вечерен час. А дали отговориха очакванията ми на реалността - беше по-трудно отколкото очаквах, но наградата от справянето с тези трудности беше още по-сладка.

- Какви бяха последните месеци за Вас в условията на пандемия? Вземали ли сте извънредни дежурства?

- По време на извънредното положение бях изолирана във ВВМУ (където живея по време на обучението си) и нямаш достъп до външния свят. Хубавото е, че с колегите ми сме изключително задружни и прекарахме тези близо 70 дни заедно без излишно напрежение, но нямаше как да помагаме на колегите от ВМА в най-тежките моменти на пан-

Какво стои зад избора да бъдеш военен лекар



демията.

- Как се заражихте с COVID-19?

- Това е въпрос, чийто отговор все още търся и за самата себе си. Нямаш близки, познати и приятели, които да са болни, но аз излязох позитивна. Хубавото е, че опазих семейството и приятелите си здрави!

- Как се разви болестта при Вас? Какви трудности срещнахте?

- В началото имах лека температура до 38°C, обща слабост и болка в мускулите. На петия ден загубих вкуса и обонянието си, които се възвърнаха след около седмица. През това време нямаш други оплаквания, чувствах се жизнена, без температура и без кашлица. На 18-ия ден, след като ме диагностицираха, получих първия си отрицателен PCR тест.

- Защо решихте да дарите кръвна плазма?

- На първо място дарих плазма, защото смятам, че професията, която съм избрала, изисква от мен пълно отдаване. Това значи помагане на хората по всякакъв възможен начин. Дали ще задържа асансьора за някой, който бърза или ще помогна на болен човек, дарявайки му

Вече 4 години Ева Георгиева следва военна медицина. Избрала е специалността с ясно съзнание, че няма да бъде лесно. Но поема по този път, защото както тя самата казва, обича предизвикателствата и работата в екстремни условия. Към днешна дата тя е със звание главен старшина, а ставането в 05:30 сутрин и вечерният час не са пречупили желанието ѝ да стане военен лекар. В края на следването си, още преди дори да отиде на първата си мисия, се изправя на фронта срещу невидим враг – в разгара на лялото се заразява с COVID-19. С усмивка и бодр дух успява да пребори вируса само за няколко седмици и веднага поема нова мисия: дарява плазма, за да помогне на други заразени да живеят. Каква мотивация и упоритост стои зад нежната външност на главен старшина Георгиева – следва нейният прочит на мисията на военната медицина.



новината. Колкото до работата ми в болницата - прекъснах стажа си, докато бях болна и продължих, след като се излекувах. В крайна сметка успях да наваксам изпуснатия материал.

- Как оценявате реакцията на обществото? Мислите ли, че хората подхождат отговорно, за да предпазят себе си и близките си?

- Смятам, че хората подхождат отговорно, някои повече, други по-малко, но дори хората, които с пренебрежение гледат на вируса, промениха ежедневието си дотолкова, че да не са опасни за своите близки и хората около тях.

- Как оценявате отношението спрямо медицините? Мислите ли, че обществото най-сетне си даде сметка за сложността на работата им?

- Силно се надявам обществото да започне да гледа на

медиците с малко повече доверие, да осъзнае ролята на всеки медик и колко са важни те за сигурността на хората. Мисля, че си дадох сметка, че без медицинските екипи не може.

- Вие като млад лекар мислите ли, че има достатъчно възможности за развитие в България за Вас?

- Ако човек иска да бъде най-добър в своята област, може да се докаже навсякъде. Важното е да положи необходимите усилия и да даде максимум от себе си.

- Обмисляли ли сте професионално развитие в чужбина?

- Избирайки да стана военен лекар, избрах България.

- Какво искате да постигнете в следващите няколко години? Какви са Вашите цели?

- Най-вече да изграждам личностните си качества - самоконтрол, самоувереност, чувство за хумор, отношението ми към работата, колегите и към мен самата. За медицината спор няма, имам много празници да запълвам и да надграждам в знанията си, за да мога със самочувствие след няколко години да застана в операционната зала - рамо до рамо с лекарите и те да ми имат толкова доверие в извършването на различните манипулации, колкото имат и един на друг.

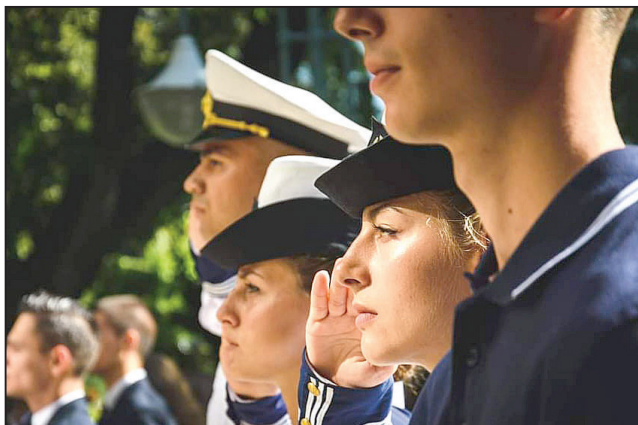
- Каква е Георгиева, когато не е на смяна? Какви са Вашите хобита и интереси?

- Нещата, които правя, ми доставят удоволствие, затова не виждам разлика между Георгиева на смяна и Георгиева в почивка, но колегите ми може и да не са на същото мнение (смей се). Колкото до хобитата ми - чета книги, гледам филми, често правя йога и обичам да пътувам, досега главно в Европа, но имам планове и за по-далечни дестинации. Приключенско момиче съм.

- Как обичате да прекарвате свободното си време?

- Когато разполагам с такава, обичам дългите вечерни разходки в приятната компания на приятелите и семейството ми, но чаша вино и хубава книга също не бих отказала.

Интервю на Милена Енчева



Д-Р ВАСИЛ МАРГАРИТОВ:

ТЕРМОГРАФИЯТА РАЗЛИЧАВА ОКОЛО 70 ВИДА СЪСТОЯНИЯ И ЗАБОЛЯВАНИЯ

- Д-р Маргаритов, какво представлява термографията?

- Принципно, термографията е запис на температурни състояния и колебания. Това е широко понятие - термографията намира приложение в много области, но в случая ние ще говорим за медицинския аспект. Обобщено казано, медицинската термография отразява тенденциите в развитието на медицината, погледнато в по-далечна перспектива. Това може да се интерпретира по няколко начина. Първо, с разклоняващата се специализация в медицината няма да можем да минем без телемедицина, без сензорна медицина. Бил Гейтс и съмишленици например създават тоалетна чиния, която измерва редица показатели. Това е бъдещето при подводници, совалки и т.н., а скоро след това - в болници и медико-социални домове.

Във връзка с пандемията се появи по-ярко нуждата от метод, който е неинвазивен, безконтактен и безвреден. Термографията е именно такъв, не единственият, разбира се.

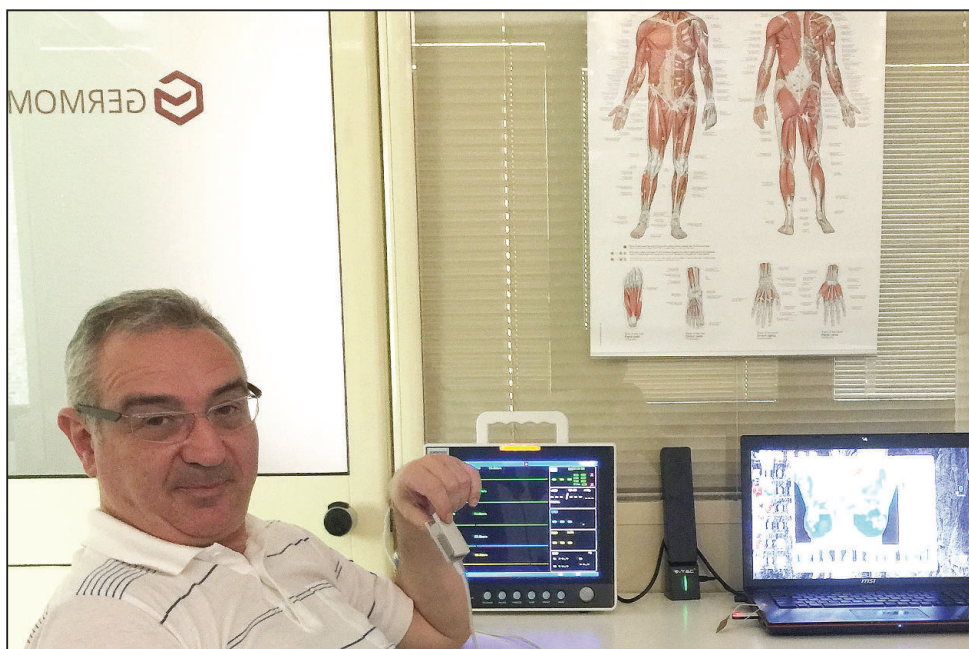
- Какъв е принципът на работата на апаратурата?

- Ние непрекъснато излъчваме инфрачервени термовълни, които не виждаме, тъй като са извън обхвата на нашия зрителен спектър. Затова са измислени камери, апаратура и различни видове софтуер, които улавят тези вълни и ги записват. Ние работим със системата на една от американските академии по термография, която различава около 70 вида състояния и заболявания, които могат да бъдат проследени - International Association of Medical Thermographers (iamtonline.org). Виждал съм публикации, които описват използването на такава техника по време на отворена операция, за новородени - в кувьози и т.н. Но стандартната, това, което и ние правим, е за възрастни - за профилактика или скрининг на здрави хора, или хронично болни пациенти - за проследяване хода на лечението. Тъй като камерата е на разстояние от пациента, няма контакт с лекаря и с апаратурата и лесно се оформят потоците - чист и замърсен. Камерата е мобилна, което е съществено предимство пред скенера, който е стационарен и трудно се планират чисти и отделно инфектирани потоци пациенти. Това е причина методът да получи тласък последните месеци. Термокамерите по гарите и летищата са част от тази тенденция.

Разработени са софтуери, които да отчитат най-малките температурни отклонения, понеже нашето око все пак е несъвършено, и така се намалява рискът от пропуски. По време на заснемането нашата програма влиза във връзка със сървър в Америка, където се използва и т.нар. изкуствен интелект, както и разчитане от колеги, специално обучени за работа с метода.

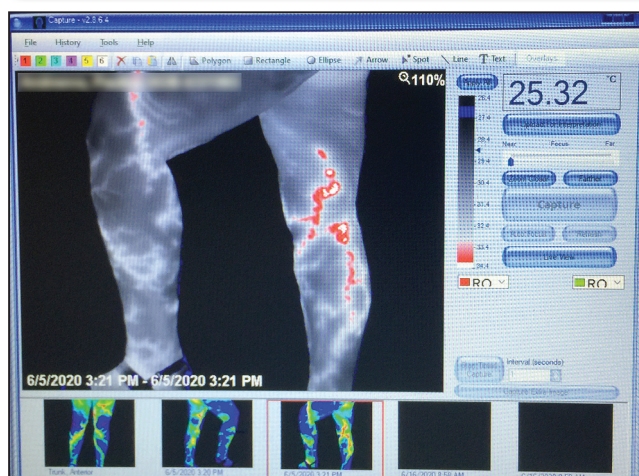
- Колко време отнема един преглед с този метод?

- Заснемане на цяло тяло отнема около час. 15 мин. е подготовката, заснемането отнема 30-40 мин. и след това идва интерпретация на резултатите. Понякога е възможно да продължи и повече, в зависимост от тежестта на случая. Може и да е



Д-р Васил Маргаритов се дипломира в МУ - Пловдив. Работи в областта на коремната хирургия и урологията. Участва в научни разработки и изнася доклади като университетски преподавател. След 6-годишен престой в Канада се запознава с основите на термовизионното изследване. Планира и съдейства за развитието на този иновативен метод и в България. Термографията със заснемане на място и разчитане в Америка е ново направление за страната ни, което осигурява още по-големи възможности за диагностика, профилактика и проследяване на здравословното състояние. Д-р Маргаритов е сертифициран като термографист през септември 2018 г.

За възможностите на този неинвазивен, безвреден метод четете в интервюто, което д-р Маргаритов даде специално за в. „Quo VADIS“.



по-кратко, ако пациентът иска изследване на конкретна зона. Тогава продължителността е няколко минути.

- Популярен ли е методът у нас?

- 90% от пациентите са жени, които ни посещават за профилактика на заболявания на млечната жлеза.

- А тя се прави посредством контактна термография?

- Не. Ние разполагаме и с такава, но не я ползваме в епидемична обстановка. При нея разчитането става в Полша. За този метод също имаме сертификата, но както казах, за момента я избягваме. Методите на контактната и безконтактната термография са много различни - при контактната се ползват течни кристали, с допир до жлезата. Приложима е само за един орган - женска гърда. С безконтактната термография можем да огледаме всичко от главата до петите - освен гърдите може да се видят лимфни възли, гуша и т.н. Т.е. единият метод е тясно специализиран - за млечни

жлези. При него има и някои ограничения обаче - млечните жлези не трябва да са оперирани, трябва да са налични и двете. Ако жената е лекувана за рак, оперирана или с имплант, интерпретацията става сложна и все още не е разработен удовлетворителен софтуер, който да работи само с една гърда. Работи се усилено по въпроса от колежите в Полша. Методът ще се върне, след като премине епидемичната обстановка.

- Безконтактната термография напълно ли припокрива възможностите на контактната?

- Абсолютно.

- Каква е причината да съществуват и двете паралелно?

- Течният кристал фиксира не само температурни разлики, но и повърхностни напрежения и така успява да допълни информацията в биофизичния спектър. Безконтактната измерва само тези вълни, които се излъчват в момента и е за цялостен медицински преглед.

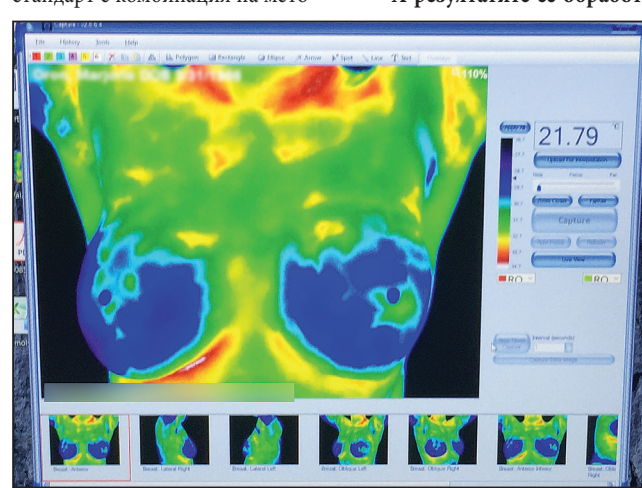
Докато контактната е само за мамолози, само за женски гърди и интерпретацията е само дистанционна - в Полша. Методите се допълват всъщност. Ние правим и трите варианта - контактна термография с разчитане в Полша, безконтактна с разчитане на място и безконтактна с разчитане в Америка.

- При безконтактната термография резултатите могат да бъдат разчетени при Вас, на място?

- Точно така. Но ако пациентът прецени, че желае резултатите му да бъдат разчетени от колежите отвъд океана, има тази възможност. Но това забавя и оскъпява резултата.

- Имате ли данни каква е диагностичната достоверност на метода?

- 82% е достоверността. Горедолу толкова е на ехографията и на мамографията, ако трябва да погледнем сравнително. Но при съчетаване на два метода се стига до 96%. 100% в медицината няма. Златният стандарт е комбинация на мето-



ди на изследване. Мамографията се препоръчва на жени над 45 г., по последни препоръки - 2 пъти годишно. Това идва от опасенията за радиационно натоварване, заедно с някои други съображения. На млади жени, които не са раждали, се избягва да се прави това изследване. Докато ехографията и термографията нямат облъчване и могат да се правят без ограничения. Четох, че в Швейцария обмислят премахване на мамографията като метод, което за мен е неразумно. Работи се по технологията за специализиран магнитен резонанс на млечна жлеза. Това би бил един безвреден подход, а и ще обогати диагностичните възможности.

Така че термографията е напълно неинвазивна и безвредна. При такива случаи, като сегашната епидемия, неинвазивните методи стават все по-предпочитани, за да нямаме заразяване. Заради коронавируса се възроди например и интеркосталната ехография, която бяхме позабравили.

- Какъв е механизъмът на диагностиката?

- При промяна на вътрешната среда се променя и температурното излъчване. Когато човек има инфекция, вдига температурата. Повечето от туморите образуват собствени кръвоносни съдове - процес, известен като неопластичност, и там има по-засилено кръвообращение, респ. се засича повече топлина. Същата е картината при травма. Обратно - при киста или фиброза може да има намален кръвоток и понижена температура. Други отклонения - по-топъл нос от очакваното, отклонения по зъбните редици, разлики в симетрични стави и т.н.

Термографията намира приложение и в стоматологията. Доколкото знам, има вече 2 научни разработки в Стоматологичния факултет и са купили допълнителна камера, защото Р-графията на зъби е все пак в непосредствена близост до малък мозък и щитовидна жлеза, а термографията няма това вредно облъчване.

Бидейки функционално изследване, термографията сравнява не само температурна симетрия при някои жлези като гуша напр., а сравнява и начина на кръвоснабдяване, когато превалират някои вегетативни състояния. Описват се и състояния, при които симпатиковата или парасимпатиковата система реагира неадекватно.

- А резултатите се обработ-

ват от софтуер и лекар?

- Софтуерът посочва зони, но заключението се изготвя и подписва от лекар. Най-малко един. Ако има съмнения, се търси допълнителен специалист.

- Колко кабинета има в България?

- 6 или 7 са камерите в България.

- НЗОК поема ли таква изследване?

- Не.

- Има ли значение външната температура за провеждане на това изследване?

- Има предварително темпериране на пациента, докато камерата отчете нормализиране на температурата на тялото. Наред с това има значение температурата в помещението ~ 20-24°C, тъй като камерата работи с германий, който функционира в този температурен диапазон.

Искам да допълня, че съществуват още едно ограничение - след операцията може да има фалшиви резултати заради мястото на разреза. Също ако има импланти (като сърдечни стимулатори), трябва да се вземе предвид този факт. Веднага след ПЕТ скенер също не се препоръчва това изследване, защото има остатъчни изотопи. При пациенти на химиотерапия има период, който трябва да се изчака след приключването ѝ. Има детайли, които са важни. Нашата апаратура е за пациенти над 35 кг. За малки деца и трудноподвижни пациенти има друга апаратура и други специалности.

- Достъпен ли е методът финансово?

- Напълно. 40 лв. за цяло тяло, респ. 140, ако пациентът иска тълкуване на резултатите в САЩ.

- Как е разположен пациентът по време на изследването?

- Седнал и прав. Програмата има заложен инструкции как да бъде разположено тялото във всеки етап. Ръчно се въвеждат данни, след което софтуерът ръководи процеса, като засича дори некачествените изображения и „иска“ повторно заснемане.

- Когато се регистрира някаква патология, може ли веднага да се каже каква е?

- Може да се каже какво нарушение се вижда. Напр. при наличие на кисти в черен дроб, може да се установят отклонения, но не можем да кажем размера на кистите. За това трябва да се направи друго изследване. И тук важи законът, че никога с едно изследване не се поставя окончателна диагноза. Пациентът обаче веднага получава информация в каква посока трябва да се изследва. Ние пазим термограмите, така че да можем да проследяваме хода на заболяванията, имам предвид хроничните такива.

- Колко време отнема изготвянето на резултата от изследването?

- Ако пациентът не желае разчитане в САЩ, резултатът от изследването, което представлява анализ на индивидуалните здравни рискове, се съобщава на момента.

Интервю на Георги Радев

Съдебната медицина (СМ) е медицинска специалност, дефинирана в Наредба 34 / 2006 г. като специалност с преобладаваща клинично-диагностична насоченост.

Наредба № 49/2010 задължава многопрофилните лечебни заведения за болнична помощ – търговски дружества със смесена държавна и общинска собственост в капитала, да осигурят осъществяването на дейност по съдебна медицина. Наредбата позволява на болниците сами да определят как ще става това – чрез създаване на отделение по СМ без легла или като се дава възможност на патологоанатомичното отделение да извършва съдебномедицински експертизи.

През 2019 г. МУ-София отбеляза 100-годишния юбилей на Катедрата по съдебна медицина и деонтология. Тя е създадена от проф. д-р Атанас Теодоров-Балан и поставя началото на съдебната медицина у нас. По време на честването сесияният ѝ ръководител доц. Ал. Александров заяви, че към април 2019 г. „само 47 са останали в България съдебни лекари в активна възраст. Те изготвят експертизи за побои, изнасявания, убийства и други престъпления. Още 20 патолози пензионери им помагат в експертизи по документи. За ради малкото лекари експертизите се бавят, а това бави и делата.“ Доц. Александров припомни, че „След 10.11.1989 г. поради промени в законодателството и преобразуването на общинските болници в търговски дружества, прогресивно и докрай се разпада създадената в миналото единна съдебномедицинска мрежа в страната с център – Катедрата по съдебна медицина и деонтология на МУ-София, като се закриват и част от създадените съдебномедицински звена в страната. Съвременно политическата промяна води до разкриване на нови възможности за професионалните контакти на Катедрата както със съседни балкански, така и с други страни от ЕС.“

За професията съдебен лекар и къде се срещат медицина и право разговаряме с доц. д-р Мария Грозева – съдебен лекар и д-р Веселин Секулов – съдебен психиатър.

– Доц. Грозева, как избрахте съдебната медицина за Ваша специалност?

– Кандидатстването ми в Медицинския университет беше предопределено, а още от ученическите ми години искаше да съм съдебен лекар. Така че избортът ми беше направен още преди да стана студент по медицина.

– А как се оформи тази идея?

– Имах достъп до книги, някой от които не се продаваха по книжарниците – криминална литература от руската практика. По онова време служителите на МВР получаваха такива информационни бюлетини с реални случаи. Те ме запалиха по криминалната тематика и заедно с интереса ми към медицината се оформи идеята да се занимавам именно с това. Интересувах се най-вече от морфологичните специалности като анатомия, хистология, патология и след това от съдебна медицина. Още във II курс започнах да посещавам кръжок по съдебна медицина, така че реализирах ученическите си мечти.

– Какво е нивото на специалността в България, сравнено с това в Европа и света?

– Нивото на специалността като подготовка на кадри не мога да кажа, че е лошо. Можем да се мерим с европейските стандарти. Някои колеги все още посещават и международни срещи. Така че нивото на квалификация е добро. Разбира се, не всички са перфектни. Но като оборудване и като снабдяване и най-болното – като полагане на държавни грижи за тази специалност, нищо не съм забелязала да се прави, за да стигнем някакво прилично равнище – на оборудване, на обмен на информация с различните структури – здравеопазване, правосъдие, обществено мнение. Много малко хора знаят, че съдебната медицина не е патология. Имам предвид болнична патология, защото там се изучават и се диагностицират болестите. Ние правим социална патология, обществена патология. Това е коренно различно – имаме съвсем други задачи и грижи за това, за което най-много претендират правосъдните органи – че се грижат за безопасността на личността, за съхраняване на обществените интереси. Но без

съдебна медицина не мога да си представя как ще ги защитават. Елементарен пример, съвсем пресен – органите на МВР издирват изчезнал човек от Дупница. Човекът ще бъде намерен, но ако се окаже, че с него се е случило нещо, кой ще се занимава с това след като бъде открит? Съдебният лекар. Съдебният лекар на Кюстендил. Той е само един, както в повечето областни градове. И съвместява длъжността с патологоанатома. А патолозите имат съвсем други ангажименти и задачи. Искам да кажа, че първо като щат не е осигурена специалността, като подготовка на кадри не е осигурена. Преди години се опитах да наложам американската практика да бъдат обучавани медицинските сестри и акушерки на съдебна медицина. Глас в пустиня. Косово отдавна са по тази програма!

– Каква е идеята на тази програма?

– В САЩ, когато се стигне до конфликт между пациент или близки на починал пациент и лечебно заведение, всичките претенции и документи се преплетат и пренесват от мед. сестри или акушерки, които са с този профил. Ако има и най-малко съмнение за несъвършенство във взаимоотношенията или грешки в лечебния процес, тогава вече отива за съдопроизводство. Тук това става директно – подава се направо жалба, изземат се документи от болниците, които харчат колосални суми да подготвят нужната документация, касаеща цялата история на заболяването (ИЗ), която често е в огромен обем. И всичко това неядко се оказва ненужен разход на време и пари.

– Казахте, че няма добра кадрова обезпеченост...

– Ами няма. Защото профилирането, което съществува навсякъде – съдебен антрополог, съдебен молекулярен биолог, съдебен хистолог, съдебен аутопсихиатър, съдебен лекар, тук, при нас, такава структура няма. Тук всеки прави всичко. Ние имаме абсолютното задължение да изградим клинична съдебна медицина. Такава не съществува в България. Съдебната медицина е създадена още в Средновековието в услуга на лишените от

СЪДЕБНА МЕДИЦИНА - ЛЕКАРИ В ПОМОЩ НА ПРАВОСЪДИЕТО

ДОЦ. Д-Р МАРИЯ ГРОЗЕВА: ИМАМЕ АБСОЛЮТНОТО ЗАДЪЛЖЕНИЕ ДА ИЗГРАДИМ КЛИНИЧНА СЪДЕБНА МЕДИЦИНА

Доц. д-р Мария Грозева е завършила МУ-София. 15 години е съдебен лекар в Катедрата по съдебна медицина към същия университет, 19 години е ръководител на Катедра по съдебна медицина при Тракийски университет – София. В момента работи като съдебен лекар в УМБАЛ „Лозенец“ – София и чете лекции по съдебна медицина на български и английски език на студентите в МФ на СУ „Св. Климент Охридски“. Вещо лице е по списъка на ГГС и САР. Майка е на двама сина лекари и една дъщеря – математик, има четири внуци.



свобода. На нас днес също ни възлагат да преглеждаме такива хора, но профилиран съдебен лекар в тази област няма. Няма понятие, че когато освидетелстваш пациент, че му е бил нанесен побой, той трябва да бъде задълбочено изследван. Напр. пострадала съобщава, че ѝ е бил ударен шамар, който е попаднал и в областта на ухото, появил се е оток и не е пратена на ушен лекар. Това е недопустимо. Известно е, че в такава ситуация може да има разкъсване на тъпанчевата мембрана и да се стигне до оглушаване. Не е достатъчно да се напише, че е регистриран оток или кръвонасядане. Прценката в този случай е дискредитирана. Това е липса на клинично мислене и не е рядкост.

– Има ли интерес сред студентите в медицинските университети към съдебната медицина?

– Много рядко. Няколко човека са за последните години, за които аз знам. Един колега, който е от чуждестранни ни студенти, е сред най-запалените по специалността. Ходеше на международни срещи на студенти и лекари по съдебна медицина. То това е и въпрос на финансови възможности. Но е рядко избираме специалност, защото не носи пари по клинични пътеки. Съдебната медицина в България остана единствената, която все още няма утвърден стандарт в специалността. Аз не съм видяла и последния му вариант, който постъпи в МЗ, но не е утвърден и няма такъв, което според мен показва, че няма мислене в нашето минало.



терство, че СМ е медицина, а не право. Проблемът е и от страна на юристите. Те я изучават все още факултативно. Не може да станеш разследващ полицай и да нямаш понятие във всяка една област – катастрофа, трудова злополука, пожар и какви са възможностите на съдебномедицинската наука и практика. Тук все още нямаме всички технологии за случаите, които изобразявам. Да вземем за пример отгестрените оръжия.

Колегите от азиатските държави имат изумителни технически възможности – виждала съм го с очите си. Бях известно време в Университетската болница в Лозана, Катедра по съдебна медицина. Върнал се с доста понижено самочувствие. Аз и още един колега, който има интерес по този въпрос, отидохме да внедрим и да правим

т.нар. виртуални аутопсии, за да запазим здравето на съдебните лекари. Тъй като работим в условия с много неизвестни, идеята е пациентите първо да минават през рентгенов анализ. Там вече това се прави и е задължително. И когато се установи, че има нужда от детайлна аутопсия, едва тогава се отваря трупът. Няма никакво виждане по този въпрос у нас – виртуални аутопсии се правят вече по цял свят. България все още е много далеч от тази мисъл.

– Какви са най-честите проблеми в ежедневието Ви работата?

– Аз вече почти не се занимавам с аутопсии. Участвам в съвместни понякога и то непряко, заради възрастта ми. Голям пропуск е напр., че съдебните лекари, особено в катедрите, са натоварени с учебна работа, ходят в защита, присъстват на оглед... Намалха, почти спряха да се правят огледи със съдебни лекари. А по закон трябва да има съдебен лекар при съмнение за престъпление. Днес виждаме таква присъствие при знакови случаи само. То и няма кой да отиде. Преди време предложихме колеги от други специалности, с интерес към съдебната медицина, да минаят обучение и да могат да присъстват на огледи. Но солидната подготовка е задължителна, най-вече, за да се предпази да не пострадала самият лекар и екипът. Изобщо няма визия по този въпрос.

– Това се дължи на липсата на кадрова обезпеченост?

– Липсата на подготвени кадри. Не е задължително да е

съдебен лекарят, който отива на самия оглед. Често ползват колеги от спешния център. Имаше съдебна медицина в програмата им, още в началото, когато създадох тази специалност. Сега не знам дали имат. Идеята е да имат съдебномедицински поглед. Това е важно, защото когато има случай на пациент в безсъзнание, да можеш да се ориентираш дали не е отравяне, дали не е някакъв вид насилие – притискане в шията, дали няма наранявания. Не може всяко лечебно заведение да има съдебен лекар. Това не е възможно просто. Болниците трябва да мислят, как да постигнат финансовата си обезпеченост, камо ли да мислят за съдебен лекар, който в този аспект би бил само една тежест. Защото той не носи пари. Вариант има и аз съм предлагала такива нееднократно. Да има бюджетни средства, предвидени изключително за съдебна медицина. А ако те не бъдат изразходвани, да останат в СМ чрез закупуване на съвременна апаратура. Но кой ли не е предложил в рамките на здравеопазване да има бюджет за това. От време на време постъпва по някое дарение, с което се закупува техника, обучат се кадри, но в времето апаратурата остарява и се амортизира и трябва да се поддържа, но няма пари. Има финансисти, които могат да разработят варианти и то такива в условията на пазарна икономика. Тук пазар има – престъпленията в България са на много високо ниво.

– Има ли място пазарната логика в съдебната медицина?

– Има, как да няма! Потребал-

ните агенции реализират печалби, нали? Може да се печели от лечение на катастрофирани, защото има клинични пътеки, а не се заделя от този бюджет за развитие на съдебномедицинската експертиза. Не може да не се мисли по тези въпроси.

Навремето в Закона за здравето имаше клауза, че когато е виновно самото лице да получи травматични увреждания или други поражения, трябва да възстанови средствата. А сега някой катастрофира, без значение чия е вината, бил пиян напр. и самокатастрофира и бива лекуван месеци наред – касата плаща, а виновният къде е? Някой болница досега не си е потърсила парите обратно, които е похарчила, за да защитава лекарите си, когато има заведен иск и ищецът губи делото. Никога не се търсят тези средства. Има механизми, по които това да се случи. МЗ има целия ресурс да се справи с тези проблеми – имаме и министър икономисти, все пак. Не може Прокуратурата да ги реши. Не е справедливо от техния бюджет да се заделя за съдебна медицина. Може да има заплащане за възложения от тях задачи, но да се иска цялостно финансиране от там не е разумно. Съдебната медицина няма да има развитие, ако не ѝ се определи собствен бюджет. Сградите има, бюджет няма. А той е нещо, което може да се прогнозира чрез елементарна статистика за 10 години назад. Ако МЗ възложи изготвянето на такива данни, много лесно може да се формира един разумен бюджет за нашата специалност.

– Какво е положението по отношение на техническата обезпеченост в СМ?

– Трагично! От време на време някой „пробивен“ колега може да си осигури подобрения на базата. Аз питам на каква температура работят хладилниците за съхранение на труповете. Някой не контролира това. Когато близките желаят да бъде задържано тялото на техен близък, може и трябва това да става срещу заплащане, но кой ли знае на каква температура работят тези камери, защото никой не ги проверява. Преди имаше служби, които контролираха, сега не ги виждам. Така тази дейност от болниците премина към погребалните агенции. Нямам нищо против. Но когато се констатира, че даден случай е съдебен, редно е похарчените от болницата средства да бъдат поне частично възстановени. Има такива механизми. Но обохрането не е задължително в нито едно съдебномедицинско звено. Ние нямаме профилиране на съдебните лекари, включително и в катедрите – всеки прави всичко.

– Как се изготвя една съдебнопсихиатрична експертиза? Невинаги психиатрията може да се опира на физически доказателства.

– Погрешно се смята, че СП е неточна наука и изводите, които се правят от експертите, са плод на техни субективни възприятия и отношения. Това абсолютно не е вярно, разбира се. Аз винаги съм смятал и наричал СП „нормативна наука“. Може би някой ще каже, че това не е правилно. Психиатрията си служи с научните методи за диагностика – тези на психиатричното изследване, а е нормативна, защото е пряко свързана с правото и законодателството. Изграждайки своето заключение, съдебният психиатър си служи с доказателствата по делото. Всеки един лист, страница, ред, дума, съдържащи се между корите на едно дело, имат значение за съдебния психиатър. Съдът може да пренебрегне част от информацията, която не е от значение за него, но съдебният психиатър е длъжен да се запознае с всеки детайл. Наред с това съдебнопсихиатричната експертиза се основава и на извършването на специфично експертно изследване, за което е изключително важна подготовката на психиатъра и неговите качества на диагностик. На първо място съдебният психиатър трябва да бъде много добър диагностик! Ние поставяме диагноза на базата на информацията, която

– Така е предвидено или просто няма хеласици?

– Така е предвидено у нас, но в развитите държави ситуацията е съвсем различна. У нас изобщо не може да става дума за развитие, напротив – в някои аспекти забелязвам и деградация. Не може един човек да е специалист по всичко. В развитите държави един си гледа хистологията, друг гледа аутопсията, която може да се извършва и от специализиращ млад лекар или да му се направи демонстрация, имат си лаборатории за генетичен анализ и всеки работи в своята си тясна специалност. СМ все пак е многопластова специалност.

Д-Р ВЕСЕЛИН СЕКУЛОВ, психиатър: ВСЕКИ ДЕТАЙЛ, СЪДЪРЖАЩ СЕ МЕЖДУ КОРИТЕ НА ЕДНО ДЕЛО, Е ОТ ЗНАЧЕНИЕ

Д-р Веселин Секулов завършва МА – София през 1972 г. През 1977 г. защитава специалност по психиатрия, а през 1979 г. печели конкурс и започва работа като съдебен психиатър. От 2011 г. е на свободна практика и съдебен експерт към Софийски градски съд.



– Д-р Секулов, как избрахте съдебната психиатрия за Ваша специалност?

– Съдебната психиатрия (СП) винаги е била особено интересна за мен, още от студентските ми години. Може би защото моят най-любим преподавател проф. д-р Никола Шипковенски беше и нашият най-изявен съдебен психиатър, автор на много трудове. Имаха шанса да бъда пряк ученик на този забележителен учен, участвайки в кръжока по психиатрия още от втори курс на моето следване. Проф. Шипковенски много обичаше младите хора и макар че не беше пряк ръководител на кръжока, често посещаваше нашите занимания. А неговите лекции привличаха огромен брой слушатели, не само студенти – далеч извън залата – докдето се чуваше гласът му. Има една знакова среща с него – в края на пети курс отидох да му занеса за подпис студентските книжки на моята група. Той беше в кабинета си с проф. Петко Дончев – главен специалист по съдебна психиатрия по онова време. Проф. Шипковенски ме представи с думите: „Петко, запомни това момче. То ще стане блестящ съдебен психиатър.“ Това беше като прочувство – тогава за първи път ми мина мисълта да се развивам в тази насока. До този момент ме привличаше клиничната психиатрия и психотерапията. През 1979 г. спечелих конкурс за завеждащ съдебнопсихиатричен кабинет към ИПЗ – София. Така започнах да се занимавам професионално със съдебна психиатрия. Тогава за първи път навлязох на практика в тази материя, написах първите си експертизи и ги защитих в съда. Получавах помощ от по-опитни колеги, предимно от клиниката по съдебна психиатрия на IV км., за което съм им благодарен. Така думите на проф. Шипковенски се оказаха пророчество и съдебната психиатрия се оказа мое хоби, професия и съдба. Дори и сега се вътварям, и с нетърпение и любопитство отнасям всяко ново съдебно дело.

– Как се изготвя една съдебнопсихиатрична експертиза? Невинаги психиатрията може да се опира на физически доказателства.

– Погрешно се смята, че СП е неточна наука и изводите, които се правят от експертите, са плод на техни субективни възприятия и отношения. Това абсолютно не е вярно, разбира се. Аз винаги съм смятал и наричал СП „нормативна наука“. Може би някой ще каже, че това не е правилно. Психиатрията си служи с научните методи за диагностика – тези на психиатричното изследване, а е нормативна, защото е пряко свързана с правото и законодателството. Изграждайки своето заключение, съдебният психиатър си служи с доказателствата по делото. Всеки един лист, страница, ред, дума, съдържащи се между корите на едно дело, имат значение за съдебния психиатър. Съдът може да пренебрегне част от информацията, която не е от значение за него, но съдебният психиатър е длъжен да се запознае с всеки детайл. Наред с това съдебнопсихиатричната експертиза се основава и на извършването на специфично експертно изследване, за което е изключително важна подготовката на психиатъра и неговите качества на диагностик. На първо място съдебният психиатър трябва да бъде много добър диагностик! Ние поставяме диагноза на базата на информацията, която

– Има ли в България достатъчно специалисти в областта на съдебната психиатрия?

– Съдебната психиатрия беше обособена като самостоятелна медицинска специалност сравнително скоро – по времето, когато проф. Дончев беше началник на клиниката по СП. У нас такива специалисти има твърде малко. Трудно ми е да посоча точна цифра, но не са повече от 15-16 души. Но всеки психиатър със специалност може да бъде вече лице по съдебнопсихиатрични експертизи (СПЕ). Има колеги, които работят като такива – някои по-успешно, други – по-малко, но бих казал, че има известен интерес, макар и неголям. Някои колеги категорично отказват да участват в дела, например детските психиатри, поради което съдът много трудно намира такива специалисти и делата се отлагат с месеци и години. Някои окръжни и районни съдилища съ-

получаваме от подекспертното лице чрез нашите сетива, без да подценяваме тук специфичната професионална интуиция, която се изгражда през годините. Моят учител проф. Спасов я наричаше „ускорен ход на логичното мислене“. Вярната професионална интуиция се формира въз основа на солидни знания в дадена област, за да може много бързо да се анализира това, което специалистът вижда, чува, усеща. Добрият психиатър, в повечето случаи, трябва да може да постави диагнозата още през първите 50 сек. от контакта с пациента. На мен ми се е случвало да поставя диагноза дори още преди пациентът да е влязъл в кабинета – по неговите стъпки, по това, което казва в коридора на случайно срещнат, или ако саморазговаря; самото поучаване на вратата, начинът, по който се ръкува носят много информация. Значение има външният вид на пациента, гримът при жените, как сядат на стола, как се държи, докато седи, цялата психомоторика, мимика, движения – това са неща, които не могат да се симулират и от най-добрите актьори. Погрешно е мнението, че най-лесно се симулира в психиатрията. Това е абсолютно на глупост. Вероятно всяко друго заболяване може да се симулира по-успешно от психичното. Например, при включване на симптом от една нозологична единица към друга нозологична единица, с желанието да се представи по-тежко състояние и по-богата клинична картина, понякога се представят взаимно изключващи се, несъвместими симптоми и това вече е достатъчно показателно за симулация. Разполагаме с техники и методи да насочим подекспертното лице, така че да продължи тенденцията към атракция и тя да стане безспорно ясна. При диагностиката не бива да се подценява и самоточетът на пациента. Опитният психиатър винаги може да разбере кога подекспертното лице е искрено или се опитва да симулира. Това е важно при наказателните дела и когато се изследват последиците от някакво травматично събитие или деликт – напр. изнасилване или друго сексуално престъпление. Там диагностиката може да е много трудна – понякога не е лесно да се отграничи доброволният сексуален акт от насилствие, защото често жертвите на насиле са и единствените свидетели и преценката на техните показания е особено важна.

– Във Вашата работа се пресичат сякаш доста сфери на човешката дейност?

– Това е много обширен въпрос. Проф. Шипковенски казваше, че психиатърът трябва да бъде човек с много висока обща култура, да бъде интелектуално и културно над нивото на пациентите си. В противен случай те ще усетят неговата инфуфициентност и няма да имат този спект, който е необходим, за да се постигне терапевтичният ефект, особено при психотерапията. Да, необходими са познания в много области на науката, както и силна социална свързаност. Проф. Темков казваше, че човешкото същество е биологично по своя произход, психично по своята същност и социално по своите взаимоотношения. Разбира се, познаването на законите и съответните нормативни актове е задължително за всеки психиатър, защото нашите пациенти постоянно се сблъскват със социално-правни и трудово-експертни проблеми.

– Тежка ли е отговорността на съдебния психиатър?

– В моята работа се стремя и мисля, че го постигам, да бъда пределно обективен и съвестта ми да е чиста във всички решения и експертни заключения, които съм давал. Независимо от изхода на делото, от който аз по правило не се интересувам – напълно се дистанцирам от процеса след защитата на моето заключение. Да, мисля за някои дела и след края им, когато са били особено драматични и когато съм бил подлаган на „кръстосан огън“ от двете страни. Помня един случай, по много напълно наказателно дело, когато разпитват ми подробности през целия ден. След края на заседанието, пътувайки към къщи с такси, страшно преуморен и с хипертонична криза, ми се обади съдът да се върна, защото защитата иска разпитват да продължи същия ден. Върнах се, разбира се. Но бях на предела на силите си, с много високо кървно налягане и по моя молба заседанието беше отложено

що трудно комплектоват психиатрични експертизи, особено когато са разширени, което налага да търсят експерти от други областни градове. Скоро бях назначен в състава на петорна СПЕ на един окръжен съд и поради това, че две години всички колеги от същия град и от София си правеха отвод, експертизата беше заличена и делото решено без нея. Това е трудоемък процес, който е подценен и нископлатен. Както вероятно и други видове интелектуален труд. При нас мога да кажа, че възнаграждения са драстично неадекватни на спецификата, компетентността, отговорността и обема труд, който се полага. Аз съм изготвял експертиза от 20-25 страници, за която съм работил в продължение на години и съм я писал в продължение на седмици, и хонорарът ми е бил 200 лв., което е срамно и обидно.

– Във Вашата работа се пресичат сякаш доста сфери на човешката дейност?

– Това е много обширен въпрос. Проф. Шипковенски казваше, че психиатърът трябва да бъде човек с много висока обща култура, да бъде интелектуално и културно над нивото на пациентите си. В противен случай те ще усетят неговата инфуфициентност и няма да имат този спект, който е необходим, за да се постигне терапевтичният ефект, особено при психотерапията. Да, необходими са познания в много области на науката, както и силна социална свързаност. Проф. Темков казваше, че човешкото същество е биологично по своя произход, психично по своята същност и социално по своите взаимоотношения. Разбира се, познаването на законите и съответните нормативни актове е задължително за всеки психиатър, защото нашите пациенти постоянно се сблъскват със социално-правни и трудово-експертни проблеми.

– Тежка ли е отговорността на съдебния психиатър?

– В моята работа се стремя и мисля, че го постигам, да бъда пределно обективен и съвестта ми да е чиста във всички решения и експертни заключения, които съм давал. Независимо от изхода на делото, от който аз по правило не се интересувам – напълно се дистанцирам от процеса след защитата на моето заключение. Да, мисля за някои дела и след края им, когато са били особено драматични и когато съм бил подлаган на „кръстосан огън“ от двете страни. Помня един случай, по много напълно наказателно дело, когато разпитват ми подробности през целия ден. След края на заседанието, пътувайки към къщи с такси, страшно преуморен и с хипертонична криза, ми се обади съдът да се върна, защото защитата иска разпитват да продължи същия ден. Върнах се, разбира се. Но бях на предела на силите си, с много високо кървно налягане и по моя молба заседанието беше отложено

– Какво бихте казали на бъдещите Ви колеги?

– На младите колеги, които проявяват интерес към съдебната психиатрия, бих казал, че това е безкрайно интересна специалност, свързана с изключително вълнуващи преживявания, размисли, анализи и възможност за доказване. Възможно е във водите на съдебната психиатрия, тя се превръща в наша професия и любов. Поне при мен е така. За мен съдебната психиатрия е хоби и професия. И мисля, че в това се състои истинското щастие – да работиш това, което обичаш и което ти носи себеутвърждаване и удовлетворение.

ПСИХИКАТА - КОСВЕНАТА ЖЕРТВА НА ПАНДЕМИЯТА

Или как, пазейки физическото си здраве, можем да навредим на душевното

- Д-р Канов, в рамките на извънредното положение преминахме през много рестрикции и ограничения, всичко това как се отрази на психиката ни?

- Срещата с нещо непознато, какъвто беше този вирус, заедно с тревожните сигнали от Китай, първоначално поставиха света, а в това число и българското правителство в много трудна ситуация, защото трябваше да взимат решения за цялото общество и държава. Те трябваше да действат при отсъствие на яснота какво да направят.

Винаги когато човечеството се сблъсква с нещо непознато, основната емоция е страхът. Естествено целта на всички правителства бе да въведат рестрикции, колкото по-строги, толкова по-те смяха, че ще ограничат размера на бедата. Това неизбежно доведе до прекомерност на мерките.

Общо взето – при липса на конкретност и при наличието на паника, се създаде една голяма бъркотия. В България наблюдавахме мрачно изложение на числа седмици наред от щаб, с аббревиатура НОЩ – доста злокобно име. В резултат хората бяха напласнени, а ефектът беше, че се изпъкряха в домовете си. Обездвижиха се, паникбосаха се, престанаха да ходят при своите лекари, за да нагледат собственото си здраве и много неща бяха отложени във времето.

Тази инфекция е на такова място в съзнанието на хората, че за това трябва да се говори отделно на чисто психиатрична база. Защото там пораженията са невидими, не могат да се окачествят точно в числа, но са много значителни. В световен план се нагнетява огромно напрежение, което избухна под една или друга форма в различните точки на света.

- Кое според Вас надделя в по-голяма степен? Страхът на хората да загубят

На 13-и март тази година в България беше обявено извънредно положение. Извънредно беше свикан Национален оперативен щаб, който ни информираше за развитието на болестта у нас. Затвориха магазини, ресторанти, театри. Извънредно жители на цели градове и населени места бяха ограничени в придвижването си. Извънредно хората бяха призовани да останат по домовете си, за да спасят себе си и близките. Някои загубиха живота си, други своята работа и поминък.

На фона на цялата тази извънредност част от нас бяха обзети от силна тревожност, други буквално изпаднаха в депресия. И ако в началото главната цел беше да спасим живота си, сега е редно да обърнем внимание на психиката си. В навечерието на Световния ден на психичното здраве разговаряме с д-р Любомир Канов, психиатър с дългогодишна клинична практика в САЩ и писател, чиито произведения са преведени на английски, немски и чешки.

работа или страхът от самата пандемия?

- Има една вечна група хора, които по природа са натоварени с тревожност, готовност да реагират панически, да се безпокоят, за които основното беше страхът за живота. Има хора, които са с панически разстройства, с obsесивни разстройства, за които страхът за живота беше основен.

За огромна част от хората, които си загубиха работата, малкия бизнес и поминъка си - личното изживяване за катастрофа просто увеличи възможността от една реактивна депресия, причинена от обстоятелствата.

- Какъв е профилът на хората, които реагираха панически заради пандемията? Какви предпоставки имат те в своя temperament или характер?

- Има хора, за които аргументите на логическия здрав разум са по-малко валидни, отколкото вълната на една силна емоция, която ги кара да реагират в тази модалност на панически страх - на птицата, която е затворена в клетка и започва да се блъска в решетките на клетката. Има просто такива хора, които бих казал, че са когнитивно недоразвити, а по temperament са такива, че емоцията надделява над хладнокръвния анализ на ситуацията. Плюс това самата информация продължава да бъде твърде неясна, неточна и плашеща на моменти.

- Специално Вие като

психиатър наблюдавате ли повече случаи на хора, които заради това извънредно положение или извънредна обстановка са в някакъв вид депресия? Наблюдава ли се увеличение на случаите на хора, които са с изострени психически разстройства?

- Твърда предстои статистиките да покажат, но са ми известни поне няколко случая, някои от тях особено драстични, на хора, които са в хватката на депресия и преобладаваща тревожност и страх, които имат например хипохондрични изживявания - прекомерен страх от заболяване.

В този ред мога да спомена един трагичен случай от САЩ. Там човек се самоуби, защото реши, че е заразен с COVID-19, а не беше. Наред с всичките неща, за които той изпитваше вина и депресия, той добави вината, че може би ще зарази близките си с коронавирус и така сложи край на живота си.

Въпросът е, че никой не поставя този вирус - смъртността и заразеността в правилния контекст. Всъщност този вирус е с по-ниска смъртност от доста други. За последните 6 месеца от SARS-CoV-2 в България са починали около 600 души. Ако разсъждаваме реално, в България всеки ден загиват по 300 души от различни болести.

Действително се създаде една атмосфера на ужас пред един вирус, който не

трябваше до такава степен да сплани света, но сякаш обществото и политиките бяха в неизбежна самоотбрана и просто трябваше да се направи нещо.

Съжалявам, че ми се налага да говоря като човек, чиято специалност е друга, но това са обективни обстоятелства, които много се отразяват върху моята сфера, защото хора са засегнати от психическите ефекти на този вирус, а не толкова от самия вирус. От действията, целящи да ограничават. Реалният ефект върху психиката на милиарди хора е с много по-голяма тежест, отколкото реалния ефект на самата инфекция.

Твърда ще се изследват икономическите беди. Те се отразяват неизбежно на психическото благосъстояние на индивида, на семейството му, на атмосферата в дома. Зачестява употребата на алкохол и дрога, зачестяват случаите на семейно насилие, самоубийства, раздори, социални вълнения и какво ли не.

- С настъпването на извънредното положение се въведе изразът „новото нормално“ - кое според Вас е то?

- Хората започнаха да си мият ръцете по-често, това не беше лошо. И ако се откажат да си навират носа в останалите и да спазват една по-прилична дистанция помежду си също би било от полза.

Но всъщност „новото нормално“ ще бъде в край-

на сметка „старото нормално“, когато човечеството ще знае, че нищо толкова страшно не е станало и че трябва да се научим да живеем с този вирус. „Новото нормално“ ще се превърне в това, което си е било нормално и преди.

- Мислите, че ако сега повече хора регистрират проблеми с психичното си състояние, българите ще станат по-отговорни за него?

- Това е стар недъг на българското отношение към психичното здраве, че те сякаш се срамуват или страхуват да получат помощ за техния психичен проблем. Това личи и спрямо вируса COVID-19 - има едно примитивно отношение към човека, който е позитивен и е бил изложен на този вирус, сякаш той е почти прокажен, налага му се някаква виновност. Това важи с още по-голяма сила, що се касае до отношението към хората с психичен проблем. А самите те го изживяват като нещо срамно, което трябва да бъде прикрито. Това важи особено за мъжете, за съжаление.

Аз не практикувам в България, до голяма степен поради факта, че е много трудно да работиш с тези предубеждения на хората, които заболявания понякога са напълно лечими. Това, че те се инвалидизират и страдат без да разбират, че това е нещо, което принадлежи на далечното минало, на предразсъдъците. Надя-

вам се, че по-младите българите, които са живели и учили на Запад, имат по-различно отношение.

- Как се отрази тази пандемия на самите лекари? Наблюдава ли се психическо изтощение при тях?

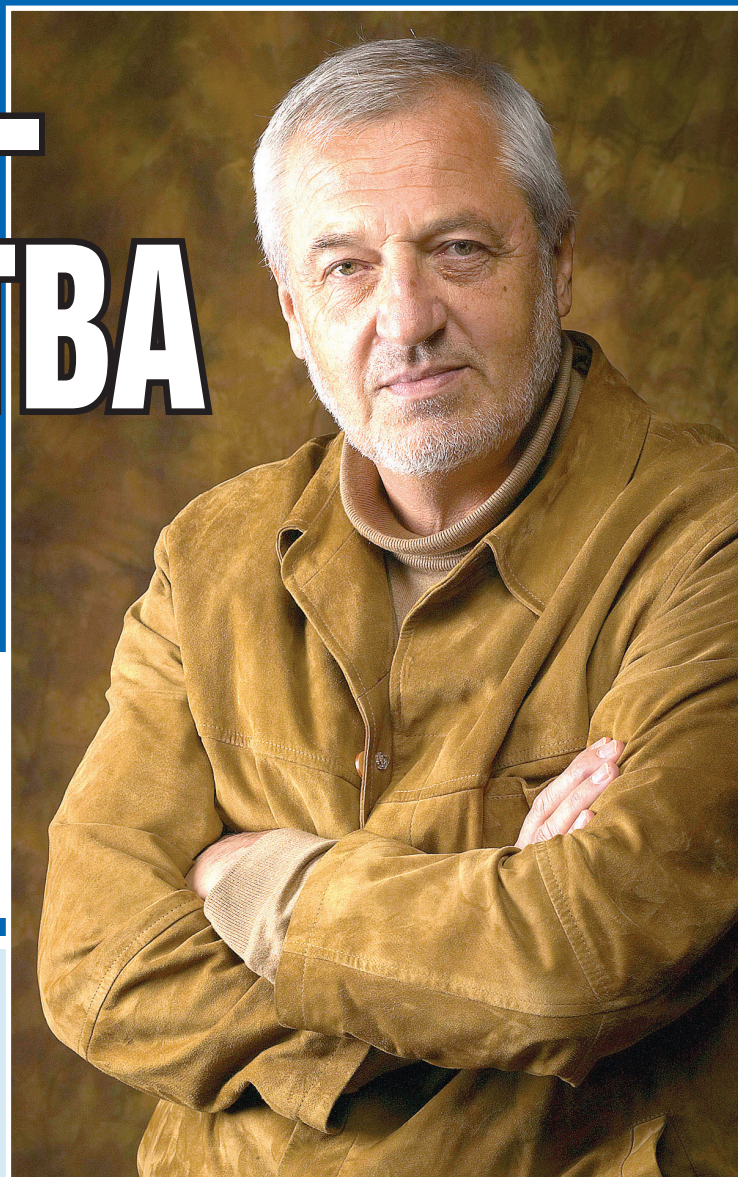
- Мисля, че катастрофално - имам много високо мнение за моите български колеги. Българските медици имат много висок етичен стандарт, поне тези лекари, които аз познавам - нашите учители и са били винаги принудени да работят под егидата на моралния дълг - не толкова и не само за пари.

В Америка лекарската професия е по-високо платената от останалите... И е много трудно да се достигне до статута на лекар в САЩ, затова тези специалисти са и много добре платени. Освен че са по-добре материално осигурени, лекарите в Америка се радват и на много повече уважение сред обществото за сметка българските им колеги, въпреки техния идеализъм.

И в двата случая обаче говорим за хора, които стически изпълняват своята клетва, своя дълг пред пациентите. Трябва да им се сваля шапка, някой да проумее какво значи да работиш при тези условия: при тези смени, с тези скафандри, излагайки себе си и семейството си на риск. Често медиците се изолират от семействата си, за да не ги излагат на опасност.

Това е невероятен подвиг, заслужаващ шапки долу и безкраен спект, особено за тези, които са наистина на първа линия и се борят за спасяването на човешките животи.

Интервюто взе:
Милена Енчева



ИНОВАЦИИ В ОРТОПЕДИЯТА - ЛЕЧЕНИЕ СЪС СТВОЛОВИ КЛЕТКИ ВЪВ ВМА



Регенеративната медицина е показала голям потенциал за лечение на травматичните и дегенеративни увреди на опорно-двигателния апарат.

Основните насоки за приложение на подобни методики към момента са в посока стимулиране на костното срастване, лечение на хондрални увреди, неврологични увреди, увреждания на сухожилия и връзки, лечение на труднозапалени рани и други, казва д-р Владимир Стефанов, д.м. – началник-отделение в Клиника „Ендопротезиране и реконструктивна хирургия“ на ВМА.

Хрущялна регенерация е сериозно предизвикателство за тази нова ера в медицината. Зрялата хрущялна тъкан е изолирана от кръвоносната система, което прави спонтанната ѝ регенерация труден и бавен процес. Именно поради това, дори малки дефекти на хрущяла могат да се задълбочат и да доведат до необратими ставни увреди, включително и при млади хора.

Основните причини за остеоартрит (артроза) са напред-

ването на възрастта, различни травми или ревматологични заболявания, които водят до засягане на ставите.

Съвременният подход в тези случаи е употребата на стволови клетки, които да доведат до изграждане на хрущялна тъкан на мястото на увредата, подчертава д-р Стефанов, чийто екип въвежда иновативното лечение във ВМА. По думите му, лечението на артрозата има много оръжия в арсенала на медицинския специалист: като се започне със симптоматичното лечение на болката и асептичното възпаление на ставите, мине се през болест-модифицираща терапия и се стигне до множеството оперативни методи.

И все пак, основният проблем на всички изброени терапии е тяхната ограничена възможност да регенерират ключовата тъкан в патогенезата на артрозата – хиалинния хрущял, подчертава д-р Стефанов.

Основният метод, който се прилага за вътреставна терапия на артрозата на колянната става с биологични методи е приложението на костномозъчен центрофугат, богат на растежни фактори и плурипотентни мезенхимни стволови клетки. Използва се система за добиване и центрофугиране на костен мозък BioCue/Zimmer Biomet. Техниката започва с артроскопска диагностика на вътреставните хрущялни увреди.

Показани за подобна терапия са увреди на хиалинния хрущял в лека до умерено тежка степен.

Освен потенциала да се диференцират в хрущялни клетки, мезенхимните стволови клетки и тромбоцитния концентрат, който се инжектира в ставата след центрофугиране, имат мощен противовъзпалителен и обезболяващ ефект върху ставата.

Този метод на лечение прилагаме във ВМА от 2 години, като наблюдаваме изключително добри резултати при нашите пациенти при проследяване и адекватна последваща рехабилитация.

НСБАЛХЗ С ПОСЛЕДНО ПОКОЛЕНИЕ АПАРАТУРА ЗА ИМУНОЛОГИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Тя открива една ракова клетка сред 100 000 здрави в реално време

Четири специализирани апарата от най-висок клас вече функционират в Лабораториите по клинична имунология и клинична патология в Националната специализирана болница за активно лечение на хематологични заболявания (НСБАЛХЗ) в столицата. Внедрена е апаратура за флоуцитометрия, имунохистохимия и ин ситу хибридизация, както и за изследвания на имуноглобулини. Апаратурата дава възможност да бъде разпознат с много висока точност всеки тип или подтип кръвни клетки, степента им на зрялост, нормалният им модел на развитие или болестните отклонения, както и да разграничи здравите от злокачествените клетки, патологичните имуноглобулини от нормалните, остатъчни или възстановяващи се след лечението имуноглобулини. Прецизността е толкова голяма, че може в реално време да се открие една ракова клетка сред други 100 000. Апаратурата ще се използва за диагностика на целия спектър злокачествени заболявания на кръвта, но могат да се изследват и други тумори и тъкани.

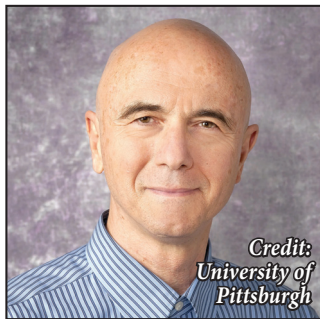
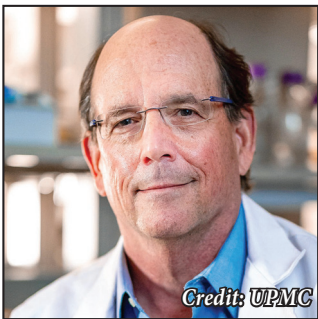
Новият флоуцитометър, който е първият по рода си у нас, е от най-ново поколение и има възможност да категоризира до 14 отделни параметъра върху всяка една от стотици хиляди до милиони клетки, анализирани в реално време. Апаратът позволява да се покрият най-ви-

соките стандарти за диагностика в хематологията. Възможностите му осигуряват задължителната оценка на броя и жизнеспособността на хемопоеичните стволови клетки при трансплантация. Високотехнологичното изследване е много важно и за проследяване на т. нар. „минимална измерима остатъчна болест“ и е един от основните стандарти в световната хематология за определянето на последващото лечение.

Лабораториите по клинична имунология и клинична патология в НСБАЛХЗ разполагат и с уникална за страната комбинация от две автоматизирани системи за имунохистохимия и ин ситу хибридизация на биопсичен материал от най-ново поколение, което дава съществени предимства.



ЕКИП ОТ УЧЕНИ, РЪКОВОДЕН ОТ БЪЛГАРИН, ИЗОЛИРА МОЛЕКУЛА, КОЯТО БЛОКИРА SARS-COV-2



Екип от Университета на Питсбърг (УП) изолира молекула, която напълно неутрализира SARS-CoV-2. Тя е 10-кратно по-малка от нормално антитяло и е в основата на разработването от учените лекарство Ab8. Тя е предвидено да бъде използвана терапевтично и профилактично срещу K-19. Ab8 показва много висока ефективност при мишки и хамстери. Малкият размер на молекулата позволява лесната ѝ дифузия в тъканите от една страна, а от друга прави възможно прилагането ѝ по алтернативни начини, в т.ч. чрез инхалация или интрадермално. Наред с това не се свързва с човешки клетки, което редуцира риска от неблагоприятни странични ефекти. Изследването е публикувано в сп. *Cell*.

„Ab8 има потенциал не само като терапия при K-19, но може да се използва и като превенция на SARS-CoV-2 инфекция“, казва съавторът в изследването д-р Джон Мелорс (на снимката вляво), началник на отдела по инфекциозни болести в UPMC и УП. „Антитела с по-големи размери са работили срещу други инфекциозни заболявания и с добра поносимост, което ни дава надежда, че това може да бъде ефективно лечение на пациенти с K-19, както и за защита от заразяване.“

Д-р Димитър Димитров, (на

снимката), главен автор на публикацията в *Cell* и директор на Центъра за терапия с антитела на УП, е един от първите, които откриват неутрализиращи антитела за първия SARS коронавирус през 2003 г. През следващите години неговият екип открива мощни антитела срещу много други инфекциозни заболявания, включително тези, причинени от MERS-CoV, денга, Hendra и Nipah.

Лечението с плазма, добита от преболедали K-19, все още не може да се смята за решение заради липсата на достатъчно доказателства за ефективността ѝ, както и трудностите, свързани с осигуряване на нужните количества.

При много ниски концентрации Ab8 напълно блокира навлизането на вируса в клетките. Тестовите са проведени с различни концентрации при мишки с помощта на модифицирана версия на SARS-CoV-2. Дори при най-ниска доза, Ab8 намалява 10-кратно количеството на вирусния товар при тези животни в сравнение с нелекуваните, като същите оптимистични резултати се съобщават и при прилагането на лекарството като превенция срещу заразяване. Учените разкриват механизма, по който Ab8 успява да неутрализира вируса, използвайки сложни електронни микроскопични техники.

ОТКРИХА СРЕДСТВО ЗА ЗАЩИТА ОТ COVID-19

Нанотяло от лама блокира проникването на вируса в клетките

Революционен пробив в борбата с COVID-19 – учени откриха нанотела, които могат максимално ефективно да блокират навлизането на коронавируса в клетките. Резултатите от проучването са публикувани в списание *Nature Communications*, съобщава РИА Новости, цитирана от skener.news.

Специалисти от шведския Каролински университет са инжектирали южноамериканска лама алпака с шиповиден протеин, с помощта на който коронавирусът попада в клет-

ките на тялото и след 60 дни нейните кръвни проби показали силен имунен отговор. След това учените клонирани и изследвали последователността на нанотела от В-лимфоцити на животното, които участват в производството на антитела.

В резултат на това изследователите идентифицирали тип нанотяло на Tu1, което се прикрепя към тези части на шиповидния протеин, които се свързват с рецептора ACE2, и с повишена ефективност предотвратява проникването на вируса в клетките на тялото.

Учените отбелязват, че откритите нанотела са значително по-малки по размер от конвенционалните антитела, по-прости са и по-рентабилни за производство и могат да бъдат адаптирани и от хората.

Жена вероятно се е излекувала от HIV без медицинско лечение

При десетки други пациенти, които потискат вируса без лекарства, се предполага, че той е бил в части от генома, където не може да се възпроизведе

Жена, заразена с HIV през 1992 г., може да е първият човек, излекуван от вируса без трансплантация на костен мозък или дори прием на лекарства, съобщиха изследователи.

Те наблюдават и 63 души, които контролират инфекцията без лекарства и смятат, че вирусът на HIV очевидно е бил позициониран в тялото по такъв начин, че да не може да се възпроизвежда. Предполага се, че тези хора може да са постигнали „функционално излекуване“.

Изследването, публикувано в списание „Nature“ и цитирано от електронното издание на *The New York Times*, очертава нов механизъм, чрез който тялото може да потисне HIV инфекцията. Той е станал видим едва сега, поради напредъка в генетиката. Проучването също така дава надежда, че малък брой заразени хора, които са били на антиретровирусна терапия в продължение на много години, могат по подобен начин да бъдат в състояние да потиснат вируса и да спрат приема на медикаменти.

„Това ни дава основание да предполага-ме, че антиретровирусните препарати може би са в състояние да излекуват хората, което противоречи на досега-

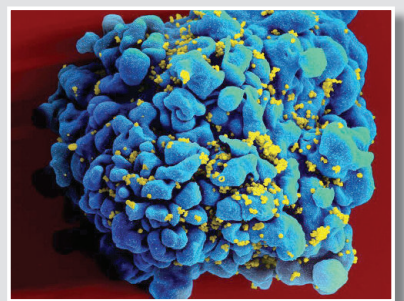
ните вярвания“, каза д-р Стив Дийкс, експерт по СПИН в Калифорнийския университет в Сан Франциско и автор на новото проучване.

Жената, за която става въпрос, е Лорин Уиленбърг, на 66 г., от Калифорния, вече известна сред изследователите, защото тялото ѝ потиска вируса в продължение на десетилетия след доказана инфекция. Само за двама души - Тимъти Браун от Палм Спрингс, Калифорния и Адам Кас-тилехо от Лондон се смята, че са излекувани от HIV след трансплантация на костен мозък при лечение на рак. След нея тяхната имунна система става устойчива на вируса.

Изследването допуска още, че при някои хора вирусните гени могат да бъдат „заклучени и блокирани“ в тези части от генома на клетката, където не са в състояние да се размножават, което се наблюдава при около 1% от изследваните.

Някои хора, които потискат вируса без лекарства, нямат откриваеми антитела или имунни клетки, които бързо да реагират на HIV, но имунната им система носи мощна памет за вируса, установява екипът.

„Тази група пациенти предоставя нещо



Цветна електронна микрография на човешка Т-клетка (синьо и зелено), заразена с HIV (в жълто). HIV вирусът е труден за унищожаване като се вмъква в човешкия геном и подвежда клетката да прави копия. Кредит: NIAID

като доказателство за концепцията, че е възможно с имунния отговор на гостоприемника да се постигне това, което наистина е клинично лечение“, казва д-р Дийкс.

Изследванията за лечение на HIV до момента са фокусирани върху изкореняването на целия вирус, който е скрит в генома. Новото проучване предлага по-постижимо решение - ако вирусът остане само в части от генома, където не може да бъде възпроизведен, пациентът все още може да постигне функционално излекуване.

ДОБРАТА ДУМА ЛЕКУВА

КАМПАНИЯТА НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ
СРЕЩУ АГРЕСИЯТА НАД МЕДИЦИ „ДОБРАТА ДУМА ЛЕКУВА“ ПРОДЪЛЖАВА.
В ТЕЗИ МЕСЕЦИ НА ТРУДНОСТИ И ПАНДЕМИЯ ДОБРИТЕ ДУМИ
ПРОДЪЛЖАВАТ ДА ПРИСТИГАТ ПРИДРУЖЕНИ ОТ СНИМКИ.

#ПРЕБОРИГНЕВА

Йовка Комитова с трогващи думи за „ангели-те в човешки образи“ – д-р Иван Миндов, доц. Стефан Вълканов и д-р Божидар Петров (на снимките):



Г-жа Христова ни пише, че благодарение на д-р Йордан Димов живее втори живот (двамата на снимката):



Този лекар е най-добрият специалист за мен в тази област. Спаси ме от тежък сенсис. Грижовен професионалист, отдаден на професията с цялото си сърце!

Бог да го благослови и да е жив и здрав, да работи все с този устрем и разбиране!
Поклон, докторе!

Мая Кикерезова с благодарности към доц. д-р Красимира Калинова (двете на снимката):



В тези трудни времена на изпитание за всички, искам да Ви покажа една страхотна жена - доц. д-р Красимира Калинова - хирург, детски хирург, на която със сигурност много от нейните пациенти, а и техните близки ще благодарят, докато са живи! Невероятен специалист с висок професионализъм и отношение към пациентите, един човек с огромно сърце и душа, която лекува не по задължение, а по призвание! Поклон и адмирации за доц. Красимира Калинова!

Мария Пиришанчина за д-р Владимир Кушлев:



Благодарим на д-р Владимир Кушлев за внимателното отношение и готовността му да помага. Невероятен човек и лекар. Едно огромно Благодаря!

Лилия Кърджиева с думи на благодарност към д-р Халачева (на снимката), която нарича невероятен професионалист и преди всичко Човек:



Под нейно ръководство се появили двете ни госпозии през 2007 и 2011 (на снимката), както и самата аз преди почти 39 години. Поклон до земята за жертвостотността. Винаги, когато сме имали нужда, сте били до нас, дори и със счупен крак, в 2 часа посред нощ и без значение уикенд ли е, или делничен ден.

Обичаме Ви безгранично много, д-р Халачева!

Думи на благодарност от **Анита Миткова** за трима лекари. Това са д-р Марчо Марков, д-р Диана Славева и д-р Валентина Борисова (на снимката). Всеки един от медиците е оставил своя отпечатък на доброто в сърцето на Анита Миткова, която ни написва:



Няма как да се снимаме сега, но няма и как да не им кажа БЛАГОДАРИЯ!

Василка Петрова изразява своята голяма благодарност към д-р Хусин Калаш в саморъчно написано писмо, адресирано до централата на БЛС. Публикуваме го със съкращения:



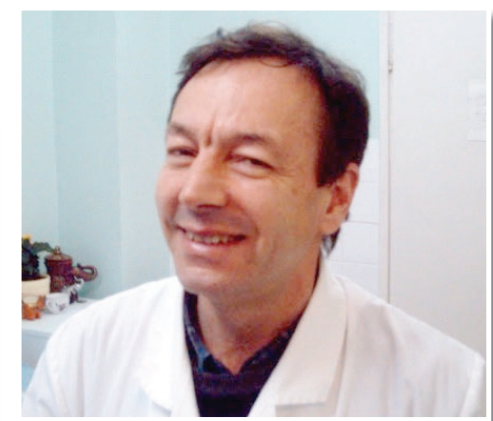
Скъпи Лекари,
Изпращам своята Голяма Благодарност на Вас и Всички от първа линия. ... Но Ви изпращам и Голямата Благодарност на моя скъп д-р Хусин Али Калаш, който спаси от смъртта мен и съпруга ми. Той беше неотлъчно до нас с неговите грижи и всеотдайност. Купувахме ни всичко необходимо. Не ни остави в най-трудните моменти. Това е Лекар от малък град - Н. Загора, ЦСМП, а ние сме от село. Нямаше никой до нас. Той ... работи от 30 години за България. Прекланям се дълбоко и му пожелавам да бъде Човек винаги. Рядко се срещат всеотдайни лекари като него.
Бъдете всички живи и здрави!

Благодарности за д-р Тоня Драгнева, съдов хирург от Варна от **Вили Балева**:



Д-р Драгнева е лекар с душа и човек с голямо Ч! Тя помогна на моя съпруг да се възстанови с умения и усмивка!

Ивана Топалова благодари на д-р Матей Попов, АГ специалист. Той е помогнал за появата на двете й красиви дъщери, както и на много други бебета в болницата в гр. Поморие. Снимката не е обща, каквото е условието на конкурса, но причината е епидемичната обстановка. Затова включваме д-р Попов в инициативата ни. Ето какво споделя Ивана Топалова:



За д-р Матей Попов не са важни парите, расата, религията. Важна е пациентката и нейните проблеми. Д-р Попов подхожда с разбиране и знания! Този лекар заслужава да бъде редом с други почтени хора във вашата изложба. РЕСПЕКТ!

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

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

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

Очакваме и Вашите снимки, придружени от кратък текст на благодарност на:

БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ и **pr@blsbg.com**.

Изпратените материали ще се публикуват на сайта на БЛС, на ФБ страницата на организацията и във в. „Quo vadis“. Жури в състав ръководството на БЛС и фотограф ще определят най-въздействащите фотографии и те ще бъдат включени в редица изложби.

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

QUO VADIS

Редакционно броят е приключен на 23. 09. 2020 г.

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

Главен редактор: Георги Радев
Репортер: Милена Енчева
Email: quovadis@blsbg.com
Предпечат: Ан-Ди
Експонация и печат: ИПК „Родина 2“

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

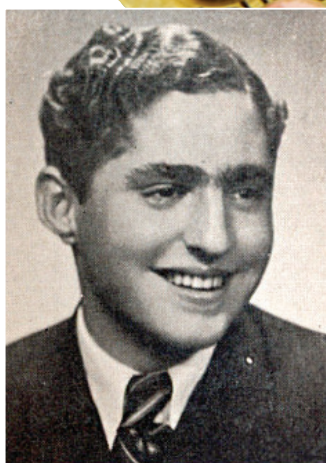
КАРЛ ДЖЕРАСИ - „БАЩАТА“ НА ПРОТИВОЗАЧАТЪЧНОТО ХАПЧЕ



*Химикът с български корени,
който поведе революция*

В историята той е познат като създателя на хапчето „анти-бе-бе“. Самият Карл Джераси обаче не харесва това си прозвище, защото откритието му не е срещу бебетата, а срещу абортите. Ученият дава на милиони жени по света правото сами да избират кога да забременеят, което води след себе си до истинска сексуална революция. Първият хормонален орален контрацептив, който приема прозвището birth-control-pill или само the Pill (хапчето) е аналог на естествения женски хормон прогестерон.

Въпреки революционния принос на Джераси, той не получава Нобелова награда, заради намеса на Ватикана. Със или без престижния приз, поредната голяма крачка в човешкото развитие е направена. Днес, близо 70 години след откритието на Джераси, оралните контрацептиви са най-използваният метод за предпазването от нежелано забременяване. Те стават все по-безопасни и същевременно ефективността на по-вечето от таблетките е над 99%.



Българският произход на младия откривател

Карл Джераси е роден на 29 октомври 1923 г. във Виена, Австрия. Първите години от детството си обаче прекарва в София – родния град на баща му Самуил Джераси. По онова време той е известен дерматолог в столицата. Майката на Карл – Алис Фридман пък се занимава с дентална медицина във Виена. Въпреки общите им интереси, бракът на родителите на Карл не издържа дълго.

Алис Фридман взима детето си и се мести във Виена. Там малкият Карл започва да учи в гимназията, която някога била посещавана и от Зигмунд Фройд. Година по-късно обаче се налага Алис и малкият Карл да се върнат отново в България. Еврейското им потекло се превръща в пречка за спокойното им пребиваване в Австрия по време на нацисткия режим.

За кратко Карл Джераси постъпва в Американския колеж в София, а майка му заминава междувременно за Англия, опитвайки се да вземе американска виза. След като успява, двамата със сина ѝ заминават за страната на неограничените възможности. Карл пристига в САЩ, когато е едва на 16 години.

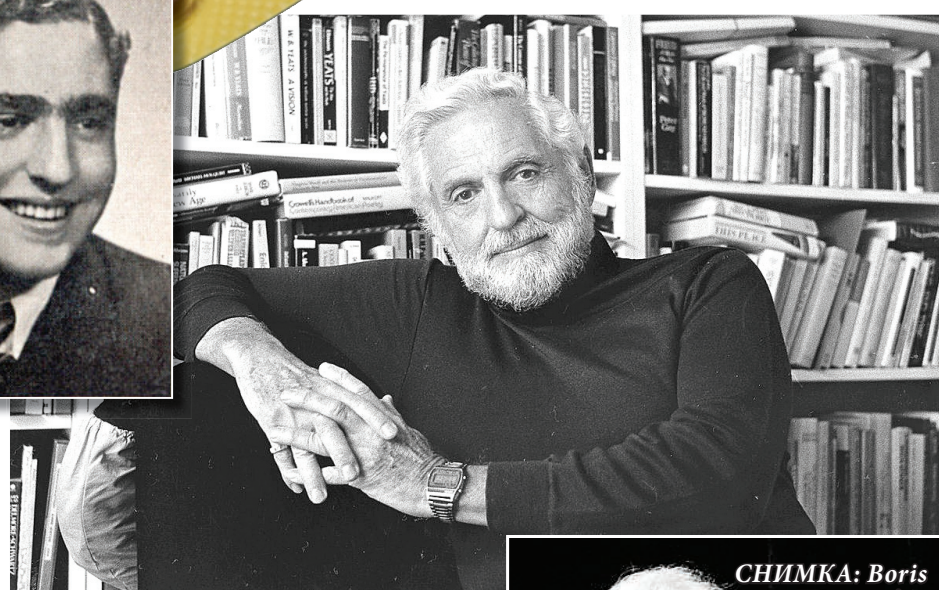
Пътят на един учен към гениалността

Висшето си образование Карл започва в Таркио Колидж в Мисури, а по-късно се прехвърля в Кенигън Колидж в Охайо. Защитаваш докторска степен по органична химия в Университета на Уисконсин, където пише дисертацията си за това как може да се трансформира мъжкия полов хормон тестостерон в женски – естрадиол, използвайки поредица от химични реакции.

Впоследствие работи като химик изследовател в CIBA Pharmaceutical в Ню Джърси, където разработва един от първите търговски антихистамини (Пирибензамин). Тогава младият учен е очарован от мощната връзка между химията и човешкото здраве. През 1949 г., на 26-годишна възраст, Джераси става помощник-директор по научните изследвания в мексиканската компания „Синтекс“.

Българинът, който даде противозачатъчните на света

В навечерието на една дъждовна октомврийска вечер млад мъж е на път да направи откритието на живота си. В една от лабораториите на фармацевтичната компания „Синтекс“ в да-



лечения град Мексико, химикът Карл Джераси успява да получи субстанцията, известна в Европа като норетистерон. Изследването всъщност е било насочено към намирането на субстанция в борбата срещу рака. В крайна сметка проучването завършило с откриването на веществото, което и до днешен е активната съставка във всички противозачатъчни.

В свои интервюта Джераси разказва, че е първоначално е бил поканен във фармацевтичната компания „Синтекс“, тъй като работил върху синтеза на кортизона. В крайна сметка той дори завършил успешно работата си по него, добавяйки го сред постиженията. Карл обаче знаел, че другото му откритие е много по-сензационно. Действието му става популярно обаче по-късно.

Същността на откритието е свързана с произвеждането на хормона прогестерон. По време на бременност женският организъм го отделя, за да се създаде правилната среда за развитието на зародиша и да се предотврати повторно зачеване. Но тогава фармацевтичните компании не се интересуват в голяма степен от постижението на Джераси, защото след войната хората искали да имат деца.

Той, заедно с мексиканеца Луис Мирантес и унгареца Джордж Розенкранц, създават финалната формула на „антибебе“ в края на 1951 г. До серийното производство на лекарството изминават още десет години.

Връзката на Джераси с България

Във всички чуждестранни издания българските корени на Джераси или са пропускани, или се споменават с две изречения. Истината е



СНИМКА: American College of Sofia

Тогава той изпрати 18-ия випуск абсолвенти на университета със специална реч. В програмата му бяха включени срещи със софийски ученици, а както се оказа и собственото му дипломиране в гимназията.

Поезията и изкуството като втора порода

В последните години от живота си Джераси се отдава активно на друга негова страст – писането. На него той отделя последните 25 години от живота си. Също както с науката, Карл подхожда сериозно – пише със страст и дисциплина. На практика той се фокусира върху интегрирането на науката в изкуството, главно посредством похват, наречен „science-in-fiction“.

В книгите си на достъпен език Джераси разказва за това, което е открил като учен. Целта му е била да намали пропастта между науката и реалния живот, да я представя по разбираем начин за широката публика.

Проф. Джераси е и известен драматург. Той твори в жанра „science-in-fiction“. Две от пиесите му – „Кислород“ и „Непорочно и неточно“, са поставяни и у нас. Студенти от Американския университет в Благоевград също представиха неговата пиеса – „Недостатъчност“.

През целия си живот Джераси се стреми да повиши съзнанието за контролираната раждаемост и насърчаването на науката в развиващите се страни. Освен литературните интереси, ученият проявява наклонности и към рисуването. В памет на дъщеря си, която е художничка, той създава фондация за творци в Калифорния. Дарява колекцията си от картини, рисувани от Пол Клее, и част от скулптурите на прочутия Хенри Мур на Националната библиотека в Лондон.

Наследството на един брилянтен ум

Прочутото хапче не е единственото постижение на знаменития химик. Успехите му включват създаването на физически методи за детерминиране на органическата молекулярна структура и синтеза на много стероиди. Работата му довежда до създаването на редица антибиотици, антихистамини и противовъзпалителни агенти.

Джераси е един от малкото американски учени, които са удостоени както с Национален медал за наука на САЩ, така и с Националния медал за технологии. През 2004 г. Джераси беше отличен със златния медал на Американския институт на химиците.

На косъм е да спечели и Нобелова награда за химия именно заради изобретяването на противозачатъчните, но тогава се намесва Ватиканът, който заклеява откритието на Джераси, обявявайки, че откритието е в разрез с идеите на религията и догмите на католицизма. За сметка на това „Лондон Таймс“ обявява Джераси за една от 30-те най-велики личности на миналото хилядолетие. Той е поставен редом до Шекспир, Нютон, Айнщайн, Коперник и Дарвин.

През 2015 г. на 91 години, след дълго боледуване проф. Карл Джераси приключва земния си път. В завещанието си той оставя значителна сума за Американския университет в България. Така че не се чудете щом видите името и портрета му пред театралната зала в учебното заведение. През 2018 г. в България идват синът му Дейл и внукът му Александър, за да валидират марка с името на великия учен, който никога не забрави българските си корени.

Да намериш себе си между цветните платна и болничните коридори – това е вдъхновяващата история на д-р Станислав Бадаланов. Трудно можем да кажем за него, че е закърмен с идеите на Хипократ. Въпреки че пише голяма част от домашните си в отделението, където майка му е работила като акушерка, неговият пръв избор не е медицината. Тя идва в живота му по-късно, едва след 7 завършени специалности. Към днешна дата обаче е сигурен, че именно това е неговото призвание. В сърцето му завинаги остава и любовта към изкуството. Използва всеки удобен повод да седне въоръжен с бои пред бялото платно и да твори.

Лекарят с много лица

Учебниците по медицина д-р Бадаланов хваща много по-късно от връстниците си. Преди това е работил на доста по-различно място от болницата, а именно в завод за производството на електронни табла. Идеята да се запише да учи за лекар идва след спор с един от началниците в производството.

Започнах да обяснявам на ръководителя си, че това, което правим ние, е много трудно и даваме всичко от себе си. Той едва ли не ме упрекна, че не си гледаме добре работата и ми каза – „Добре, завърши нещо!“, разказва д-р Бадаланов.

И така, за да наделее в спора, той не само успява да влезе в Медицинския университет в София, но и го завършва. Преди и след медицината обаче в неговия живот винаги е присъствало художественото изкуство в различните му форми – от фотографията до рисуването.

По-скоро съм имал нужда да видя, че с това другото, с което съм се занимавал, не е било моето – то е било мое донякъде, но не ме е удовлетворявало напълно. Може би съм търсил, докато стигна до медицината. Ако имам възможност да се преродя – първото нещо, което ще направя, щеше да бъде да се занимавам с медицина, но по никакъв начин нямаше да спра да се занимавам с изкуство, споделя лекарят.

Изкуството като неделима част от същността

Първата мечта на д-р Бадаланов е да се занимава с изкуство. И... я сбъдва, като започва своя път с художествената фотография.

Правих хубави фотографии и ситопечат. Печатахме фланелки, рекламни материали, което тогава се правеше на много малко места в България. Заедно с моя приятел Анатоли Проданов правихме стракотни неща, спомня си д-р Бадаланов.

Освен с фотография, лекарят се е занимавал с дърворезба и с графика. Най-голямата му любов обаче се оказва рисуването.

Изкуството е вътре в теб – прибиращ се изморен, с удачи и неудачи, сядаш – пиеш едно кафе след нощна смяна и вадиш платната, боите и четките. И така... сядам и започвам да си рисувам нещо. Това малко те отделя от околния свят, кара те да се вгълбиш в себе си, да премислиш някоя неща. Когато вече си създал нещото, започваш да мислиш дали така точно трябва да бъде, дали не трябва да го промениш, да смениш цялата концепция на това, което си тръгнал в началото да правиш, обяснява той.

И ако се питате как заети хора като лекарите успяват да намерят време за рисуване, д-р Бадаланов е категоричен: едното не пречи на другото, дори го допълва. Определя

ИЗКУСТВОТО, КОЕТО ЛЕКУВА ДУШАТА НА МЕДИКА

ИЛИ КАКВО СЕ КРИЕ ЗАД КАРТИНИТЕ НА Д-Р СТАНИСЛАВ БАДАЛАНОВ



медицината и изкуството като двете страни на една и съща монета. Освен всичко, изкуството може да бъде и спасител.

Много е тежко, когато въпреки положението труд, не си успял да помогнеш на някого. Дълго време мислиш за това, споделя лекарят.

Именно в такива моменти четките и боите се превръщат в отдушник. Това, което е на душата му, д-р Бадаланов изразява на бялото платно. Неслучайно понякога картините му са по-мрачни и драматични.

Мисля си, че това е един проблем, с който и Министерството на здравеопазването трябва да помогне, като осигурят психологична подкрепа за медицинските работници, които се сблъскват с тежки моменти в прак-

тиката си. Защото никой не се интересува какво му е на този човек, който се е борил да спаси един човешки живот и не е успял. Има болка в душите на колегите във всички случаи, когато не са успели да помогнат, обяснява медикът творец.

Историите, скрити зад експресивност и наситени цветове

Картините на д-р Бадаланов не могат да оставят съзерцаващия ги безразличен. Те са живи, цветовете са наситени, а най-хубавото е, че разказват истории – за морето, за природата, но най-вече за човешката душа.

Обицо взето рисувам всичко. Обичам много да рисувам животни. Обичам лодките, обичам водата, все пак съм израснал около Дунав и водата за мен е

мястото, където човек най-добре релаксира. Дори само да я гледаш – то е достатъчно, разяснява той.

Понякога продава картините си, голям процент от тях обаче отиват за приятели и познати.

Вкъщи имам картини, които периодично сменям, но имам и 7-8 платна, които винаги ще останат на стените в дома ми. Те не са за продажба. Не всяко нещо може да бъде продадено. Много пъти са ме питали: колко струва това и онова? За част от произведенията ми съм бил категоричен: не се продават. Има неща, които като ги рамкираш и ги закачиш на стената, създава душевен уют, казва д-р Бадаланов.

Идеите за голяма част от картините изкрystalлизират постепенно, понякога обаче докторът се събужда с мисълта за нова творба, която още преди да се е разсънил знае как ще изглежда.

За любима картина и дума не може да става. Харесва обаче платната, на които той е обрисувал любимата си Венеция – град, в който традициите са на пиедестал. Обича и картината си с орачи на човешки мозък.

Платно след платно, д-р Бадаланов решава да открие своята първа изложба „Живопис“ в историческия музей в Панагюрище. Там преди 3 години грейват 46 от произведенията му.



Време за промяна

Лекарската кариера на д-р Бадаланов започва в Столичната регионална здравна инспекция (СРЗИ). Той тогава отговаря за комуналната хигиена. Тогава настъпват и големите проблеми с водоподобането в София. За разлика от типичните лекари, вместо бяла престилка, той носи гумени ботуши, с които обследва водоемите на София.

По-голямата част от професионалното му развитие преминава в СБАЛ по паразитни и инфекциозни болести „Проф. Иван Киров“. Повече от 20 години той работи там като паразитолог, направляван от д-р Езекиева, доц. Еленков, доц. Мангърров и др.

След дълги години, прекарани в големия забързан град, д-р Бадаланов решава да предприеме поредната голяма стъпка в живота си. Заедно със съпругата си, която е инфекционист и епидемиолог, заминават за Панагюрище, където започват работа в спешното отделение на МБАЛ „Уни Хоспитал“.

Започнахме там преди около 4 години. Бяхме решили, че нещо трябва да променим в живота и така двамата със съпругата ми станахме лекари в Панагюрище. Не бяхме идвали в града, но когато за пръв път видяхме болницата, много ни хареса. Тя е модерна, много добре оборудвана, с много добре работещи екипи и има абсолютно всичко необходимо, за да се извършва съвременна медицинска дейност, разказва лекарят.

По думите му, в Панагюрище той се чувства по-спокоен и по-свободен. Доволен е от професионалното си развитие, тъй като добрата апаратура и висококвалифицираните специалисти предоставяли по-добри възможности за реализация.

Лов, риболов и още хобита

Новото местожителство дава и по-добра възможност на д-р Бадаланов да развива своите хобита. Лятото той не рисува толкова често, защото обикновено е навън. Обича да ходи за риба, на лов и да кара колело. Като цяло обича природата.

То риболовът ми е генетично зададен, прадядо ми е имал една от най-големите рибарници в Лом за продажба на риба. Като всяко едно българско чадо, израснало около водата, обичам да съм край водоем. Количеството риба не е важно, важно е да отидеш на реката, да гледаш водата. Важно е да седнеш да си говориш с приятелите рибари и ловци, споделя той.

След слънчевото лято, д-р Бадаланов отново ще се отдаде на рисуване. За съжаление Covid-19 е провалил плановете му за големи изложби, но се надява вирусът скоро да остане в историята. А до тогава неговите произведения ще почакат готови и рамкирани, предназначени за ценители.

