

ОНКОЛОГИЧНАТА БОЛКА – ЕДИН НЕРЕШЕН МЕДИКО-СОЦИАЛЕН ПРОБЛЕМ

Н. Йорданов, С. Александрова – Янкуловска, Г. Грънчарова

ONCOLOGY PAIN – AN OUTSTANDING MEDICAL AND SOCIAL PROBLEM

N. Yordanov, S. Aleksandrova – Jankulovska, G. Grancharova

Резюме. В навечерието на Световния ден на Хосписите и палиативните грижи и в последната година от декадата за контрол на болката, обявена от Световната асоциация за изучаване на болката и Световната здравна организация (СЗО), трябва откровенно да признаем: контролът на болката при рак е нерешен не само национален, но и световен медицински морален и етичен проблем, независимо от съществуващите прости, ефективни и евтини методи. Медицинската общественост, държавните институции и обществото със своята инертност, некомпетентност и с години наслоявани предрасъдъци е в дълг към всички страдащи и изживяващи дните си в болка пациенти.

Summary. On the eve of World Hospice and Palliative Care Day and in the last year of the decade for pain control, announced by International Association for Study of Pain and World Health Organization we must honestly admit – control of cancer pain is not only nationally, but also internationally medical, moral and ethical issue, that still exists despite simple, effective and inexpensive methods for pain control. The medical community, government and health politicians and the whole society with their inertness, incompetence and prejudices are in debt to all suffering patients who spent their days in torture of unrelieved pain.

Key words: cancer pain, opioids, healthcare politics, palliative care

Увод

Броят на пациентите с онкологични заболявания непрекъснато нараства. Така според СЗО се очаква през 2015 г. в света да бъдат открити нови 14,1 милиона онкологично болни пациенти, а онкологичните заболявания през същата година да предизвикат смъртта на 8,2 милиона души. Предвижданията са през 2030 г. броят на починалите от злокачествени новообразувания да надхвърли 12 милиона [5]. В България ситуацията е не по-малко тревожна. През 2012 г. от рак са се разболели 32 095 души [3]. Предвижданията са през 2025 г. честота на онкологичните заболявания да достигне 234.8 на 100 000 [5].

Болката е характерен, но не и задължителен симптом на онкологичното заболяване и може да бъде водещо оплакване във всеки един етап от боледуването на пациента. В много случаи болката е причината, която води до поставянето на диагнозата на онкологичното заболяване и често съпътства лечението му. Тя е симптома, от който страдат повече от 1/3 от излекуваните пациенти. Не рядко появата на болка е първи алармиращ симптом при евентуална прогресия на болестта. Тя е и най-честото и най-важното оплакване, което се среща при почти 90% от болните в терминален стадий на болестта [7]. При анкетираните 10 379 онкологично болни е установено, че болката е водещ симптом, който в зависимост от етапа на болестта, се среща при 35%-96% от анкетираните [18]. В наше проучване на медицинската документация от 3049 хоспитализации на онкоболни пациенти в отделение "Палиативни грижи" при Комплексен онкологичен център-Враца за периода 2009-2013 г. се установява, че честотата на умерената и силна болка, за контрола на която е необходимо приемането на опиоиди, е 71.9%.

Болката оказва дълбоко негативно влияние върху качеството на живот на болния [22]. Лошо контролирана тя води до намалена мобилност на болния и последващо безсилие, нарушава имунната му защита, в значителна степен пречи на болния да се храни, да се концентрира и работи, влияе негативно върху съня и почивката на болния и в значителна степен ограничава неговите социални контакти [8].

Анализ на проблема

В Конституцията на СЗО е записано, че здравето е „състояние на пълно физическо, умствено и социално благополучие, а не само отсъствие на болест“ [23]. Това позволява болката и нейния контрол да бъдат определени като здравен

проблем от критично значение, който да бъде разглеждан не само на национално, но и международно ниво, като неотменно и основно човешко право [8]. Израз на тази загриженост на международната общност е и декларацията от Монреал, в която се заявява, че болният има правото да получи лечение за изпитваната от него болка, като оплакванията му за наличие на болка да бъдат приемани с доверие и да бъде лекуван от здравни професионалисти с обучение и опит в диагнозата и лечението на болката [24].

Като осъзнава важността на облекчаването на болката СЗО през 1986 г. публикува алгоритъм за нейното лечение, известен като "Аналгетичната стълба на СЗО", в който препоръчва болката при рак да се лекува с опиоидни аналгетици, приемани редовно през устата, като изборът на обезболяващото лекарство да се определя от силата на изпитваната болка при спазване на следните принципи – леката болка се лекува с нестероидни противовъзпалителни средства, умерената болка със слаби опиоиди, а силната – със силни опиоиди [19]. Въпреки относително простия алгоритъм, контролът на болката продължава да бъде нерешен проблем в онкологичната практика навсякъде по света [11].

Опиоидните аналгетици са незаменими, когато иде реч за облекчаване и контролиране на болката при рак. Като има предвид тяхното значение, въпреки съществуващите рискове от незаконната им употреба, СЗО настоява и включва в своята есенциална листа на задължителните лекарства, които всяка държава е длъжна да осигури в достатъчно количество, освен обичайните обезболяващи лекарства, поне един опиоиден аналгетик от второ стъпало в случая кодеин и морфин като опиоиден аналгетик от трето стъпало, за контрол на силна болка и определя наличието им като „абсолютно наложително“ [20]. Призоването от страна на СЗО на абсолютната необходимост от опиоидни аналгетици за лечение на болката напълно отразява и експертното мнение по въпроса в света [13,15,16,17].

През 2011 г. СЗО публикува ревизираните си и съвременени препоръки, озаглавени: „Осигуряване на баланс в националните политики за контролираните вещества: ръководство за предоставяне и достъп на контролирани лекарства“. В тях се казва: „Всички държави имат двойно задължение по отношение на тези лекарства въз основа на съображения от правен, политически, обществено здравен и морален характер. Двойното задължение е да гарантират, че тези вещества се предлагат за медицински цели и да предпазят населението

от злоупотреба и зависимост. Държавите трябва да се стремят към политика, която изцяло постига и двете цели; с други думи – една „балансирана политика“ [4].

Международният съвет за контрол на наркотиците (International Narcotics Control Board) признава, че все още продължава да има недостиг на опиоидни аналгетици за медицински нужди поради следните причини:

1. Икономическото и социално развитие на страната (продължителност на живот, степен на образование на населението, икономически фактори);

2. Лечението на болката не е приоритет на здравната система на страната;

3. Висока загриженост от възможното развитие на синдрома на ятрогенна зависимост (международен термин, синоним на „лекарствена зависимост“ в Съединените щати);

4. Проблеми в обществените поръчки, производство и разпространение на опиоидни аналгетици;

5. Неоснователно рестриктивни национални политики за контрол на опиоидните аналгетици за медицински цели [4].

Въпреки че в световен мащаб се забелязва значително увеличаване на консумацията на опиоиди за медицински цели през последните 20 години, по-внимателното разглеждане на публикуваните данни показва, че това става за сметка предимно на икономически развитите държави с по-висок жизнен стандарт, а около 80% от останалата част от населението на практика почти няма достъп до опиоиди за облекчаване на болката [15].

В експертен анализ на СЗО за задоволяване на нуждата от опиоидни аналгетици за медицински цели (лечение на болката, оперативна операция и следоперативна обезболяване, травматизъм, лечение на наркозависими в субституиращи програми и т.н.) [15] е установено, че актуалната консумация на опиоидни аналгетици през 2010 г. в България е била 13.27 мг морфинов еквивалент (MEq) на глава от населението като е внесла и произвела 94 кг MEq. Експертите на СЗО изчисляват адекватната действителна нужда на България от опиоидни аналгетици за медицински цели на 236.05 мг MEq/per capita, или страната ни през 2010 г. е трябвало да осигури 1674 кг MEq. Адекватната действителна нужда е необходимото количество опиоидни аналгетици, съобразено с възрастовата характеристика на населението, заболяемостта от рак, ХИВ и СПИН и травматизъм, индекса на човешко развитие и още редица други фактори. Иначе казано адекватната измерена консумация за България е едва 5.62% при 12.25% – за Полша, 23.41% – за Унгария, 33.53% – за Чехия, 104.44% – за Испания, 182.70% – за Германия и 220.11% – за Австрия. [15]

Лечението на болката – морален дълг и етичен императив

Важността на облекчаване на болката от медико-етична гледна точка не подлежи на обсъждане. В Закона за лечението на федералната столица на Австралия от 1994 г. (Medical Treatment Act 1994 Australian Capital Territory) е записано „Болен, който се намира под грижите на здравен професионалист има правото да получи максимално облекчаване на болката и страданието в разумни граници в зависимост от обстоятелствата, като здравният професионалист е длъжен да се съобрази с нивото на изпитваните от него болка и страдание“ [6]. В Здравното законодателство на Калифорния съществуват следните три основни правила [9]:

▶ задължение на всички лекари е да преминават обучение в сферата на лечение на болката при терминално болни пациенти (чл. 2190.5);

▶ има изработен протокол за разследване на оплакванията свързани с лошия контрол на болката на Медицинския съвет на Калифорния (чл. 2241.6);

▶ всички случаи на оплаквания за лошо контролирана болка поради непрофесионализъм (вкл. и отказ от изписване на опиоиди за лечение на болката) подлежат на докладване и обсъждане (чл. 2313.b).

Според Бренан и съавт. [8] почерпеният опит от тези промени в законодателство представлява модел за реформиране на съществуващия статут, който предполага лошия контрол на болката. Той формулира същността на извършените промени така:

1. лечението на болката трябва да се превърне в задължителен елемент от обучението на лекарите и част от продължителното медицинско обучение;

2. изработване на национални стандарти за лечението на болката от професионално-съсловните организации;

3. провеждане на законови реформи;

4. либерализация на националната политика по отношение на достъпа до обезболяващи лекарства за нуждите на медицинската практика;

5. осигуряване на достъпни обезболяващи лекарства;

6. разработване на национална програма за контрол на болката;

7. широко международно сътрудничество със СЗО и други организации насочени към облекчаването на болката.

Обсъждане и препоръки: Каква може да се направи в България?

Постигането на максимално облекчаване на болката при рак е непрекъснат процес, а не еднократен акт и изисква да бъдат направени редица промени, които засягат основно политиката в здравеопазването и повишаване на знанията чрез подобряване на обучението на всички участници – от здравни политики, през доставчици на здравна помощ до пациентите – ползватели на здравни услуги, пациентски организации, масмедии и неправителствени организации, които в своята дейност имат отношение към проблема. За целта:

1. Държавата да изгради система за ефективно снабдяване с обезболяващи лекарства. Опиоидните лекарства принадлежат към групата на т.нар. контролирани субстанции чието производство, дистрибуция и прескрипция е обект на стриктен контрол. Държавата е задължена да осигури ефективна система за тяхната дистрибуция, като осигури непрекъснат запас от тези лекарства за медицински цели и в същото време изгради система, която да възпрепятства незаконната им употреба. Българската държава многократно се е проваляла в опитите да осигури система, която би гарантирала необходимите налични количества от обезболяващи лекарства, пропорционални на нуждите на болните, както и да осигури достатъчен брой аптеки, от които болните да бъдат снабдявани. Въведените тромави процедури за доставка, прекалено тежките изисквания за получаване на лиценз за дистрибуция и липсата на финансова изгода от дистрибутирането на тези лекарства са в основата на този провал.

Препоръки:

▶ българската държава да се съобрази с препоръките на СЗО при заявяване на необходимите количества от опиоидни лекарства за медицински цели;

▶ държавата да изгради система, която да въведе конкурентния принцип при разпределянето на квотите за доставка на опиоидни лекарства за медицински цели;

▶ държавата да стимулира пазарния принцип на определяне на цените на обезболяващите лекарства, като за целта създаде условия за реална конкуренция сред фирмите производители и доставчици;

▶ държавата да опрости процедурите по получаване на лиценз за дистрибуция на опиоидни лекарства;

▶ МЗ съвместно с НЗОК да създадат условия, които стимулират аптеките да участват в процеса на дистрибу-

цията на опиоидните аналгетици до болния като например заплащане на тези аптеки, които доставят такива лекарства.

2. Да изработи единна политика в областта на палиативното лечение и лечението на болката. Развитието на ефективна система за оказване на палиативни грижи е от съществено значение за добрия контрол на болката при рак. Независимо от направените първи стъпки с признаването на правото на всеки български гражданин на палиативни грижи [1] и създаването на клинична пътека [2], сме свидетели на пълен провал на държавата и здравната система в тази област. Въвеждането на лимити по диагноза и по време, както и недостатъчното финансиране от НЗОК, не само че се явява форма на дискриминация на болните с диагнози различни от онкологичните, но и прави палиативните грижи непопулярни и се явява пречка на тяхното развитие.

Препоръка: Да отпаднат лимитите, въведени от НЗОК по отношение на финансиране, диагноза, продължителност, време и място на оказване на палиативните грижи.

3. Лошо обучение на здравните специалисти по проблемите на палиативната медицина. Една от най-големите пречки пред постигането на адекватен контрол на болката е недостатъчната подготовка на здравните специалисти в областта на палиативната медицина и лечението на болката.

Препоръки:

- ▶ обучението на здравните професионалисти в областта на палиативната медицина и лечението на болката трябва да стане задължителна част от университетското обучение на студентите по медицина и по здравни грижи;

- ▶ трябва да се изгради система за непрекъснато след-дипломно обучение по проблемите на палиативната медицина и лечението на болката, която да е задължителна и да обхваща както лекарите, така и специалистите по здравни грижи.

4. Облекчаване на прекалено рестриктивни регулаторни механизми при отпускането на опиоидни лекарства за контрол на болката при рак. България е от страните, въвели значително по-строги и утежнени процедури за лицензиране на производителите и доставчиците на опиоидни лекарства, за тяхното съхранение и дистрибуция. Съществуващото ограничаване на количеството изписвано лекарство посредством лимитиране на времето, за което то може да се изпише, нерядко се явява причина за лош контрол на болката. Изискването да се използват специални рецептурни бланки, тромавата процедура по получаването им и ненужно усложнената система за тяхното съхранение и отчитане отблъсква лекарите и значително ограничават достъпа на болните до необходимите за лечението на болката им опиоидни лекарства [10].

Препоръки:

- ▶ да се премахне ненужната бюрократична тежест при получаването на лиценз за производство и дистрибуция на опиоидните лекарства;

- ▶ да отпаднат изискванията за лимитиране на времето, за което болните могат да получават необходимите лекарства;

- ▶ да се премахне необходимостта от изписване на опиоидните лекарства на специални рецептурни бланки, посредством въвеждането на електронна рецепта. Това би довело до действителен контрол върху назначаването и дистрибуцията на опиоидните аналгетици в реално време, ще премахне ненужната бюрократична тежест спрямо лекарите, които биха искали да изписват опиоидни аналгетици на своите пациенти и би премахнало възможността за кражба на специалните рецептурни бланки, която към момента е напълно реална. Въвеждането на електронните рецепти ще доведе още до по-добър контрол на отчетността на наличните, заявените, изразходените и отчетени опиоиди по цялата верига на дистрибуция от производителя през търговеца и назначаващия лекар до пациента, който използва лекарствата. И не на последно място ще доведе и до на-

маляване на административните разходи за контролиране на целия този процес.

5. Професионална подготовка на доставчиците на здравни услуги. Все още лечението на онкологичното заболяване е с приоритет пред лечението на болката, като погрешно се отделя повече ресурс за нейното лечение, отколкото на нейното оценяване, а вида на предписваните опиоидни аналгетици нерядко се определят от прогнозата на пациента, а не от силата на изпитваната от него болка. Погрешния избор на терапевтичен режим най-често се дължи на недостатъчни познания на екипа и то при назначаването на опиоидното лечение. Недостатъчната теоретична и практическа подготовка не позволява на екипите да използват максимално възможностите на нефармакологичните методи за обезболяване. Трябва да се обърне специално внимание върху страховете от развитие на пристрастяване, от появата на нежелани странични ефекти, както и от появата на толеранс – водещи пречки пред здравните специалисти при опитите за постигане на качествено обезболяване. Неуспехите в лечението на болката при рак до голяма степен се определят от методите, използвани за нейната оценка, а лошото ѝ документиране, в ползката на използваното аналгетично лечение оказва негативно влияние върху терапевтичния успех.

Препоръки:

- ▶ медицинските екипи, оказващи лечение и грижи за онкологично болни пациенти, да бъдат обучени активно да извършват скрининг за наличие на болка при всяка визита, а неконтролираната умерена и силна онкологична болка да бъде смятана за успешно състояние, което налага незабавно лечение;

- ▶ като част от стандартите по онкология трябва се изработи единен алгоритъм за скрининг за болка, който да се прилага при всяка визита на болния, както и алгоритъм за оценка и проследяване на болката при рак чрез въвеждане на единен метод за документиране на болката, на приложението лечение и неговата ефективност.

6. Работа с пациентите и техните семейства. Недостатъчните знания и лошата комуникация между болния и лекуващия екип, карат пациентите да премълчават за изпитваната от тях болка, да бъдат подвластни на страховете от развитие на зависимост, от неконтролирани странични ефекти или от развитието на толеранс. Неспособността и/или нежеланието на болните да се придържат към назначеното лечение, особено сред по-възрастните пациенти и тези с по-ниско образователно ниво, често е причина за неадекватно лечение.

Препоръки: Болните и техните близки да бъдат информирани, че ефективното лечение на болката е тяхно законно право. За целта трябва да бъде изградена система за обучение на болните и техните семейства по проблемите на раковата болка, и се изработят печатни материали, които да се предоставят на болните и техните семейства.

Заключение

Правото на здраве и хуманно отношение са фундаментални човешки права, ясно изразени във Всеобщата декларация за правата на човека, приета от Общото събрание на ООН на 10 декември 1948 г. [5] и потвърдени в редица международни документи. Водена от правото на всеки на живот без болка, Световната асоциация за изучаване на болката определи периода 2004-2015 г. като декада за борба с болката по света [14]. В навечерието на Световния ден на палиативните грижи – 2015г. [21] трябва отговорно да заявим: прекалено дълго време болката при рак и нейното лечение са жертва на битувачи митове, ирационалност, невежество и културно пристрастие. Най-уязвимите, каквито са болните с онкологични заболявания, от години страдат от това. Наше морално и етично задължение е да запазим тяхното достойнство и да им осигурим правото на живот без болка и страдание.

Библиография

1. Закон за Здравето. обн. ДВ. бр.70 от 10 август 2004 г.
2. НЗОК НРД 2015. [cited 2015 May 26]. р. Клинични пътеки 2014 ; Клинична пътека 297 – Палиа. www.nhif.bg/web/guest/233
3. НСБАЛО. Заболяемост от рак в България – 2012. Списание Национален раков регистър НСБАЛО – София. 2014.
4. СЗО, Ръководство за предлагане и достъпност на контролирани лекарства. 2011. apps.who.int/iris/bitstream/10665/44519/3/9789241564175_bul.pdf
5. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase. No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2013. p. http://globocan.iarc.fr.
6. Australian Capital Territory. Medical Treatment Act 1994. №72. 1994. www.legislation.act.gov.au/a/1994-72/19941101-4406/.../1994-72.pdf
7. Breivik H, Cherny N, Collett B, de Conno F, Filbet M, Foubert AJ, et al. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. Ann Oncol. 2009; 20:1420–33.
8. Brennan F, Carr D, Cousins M. Pain management: a fundamental human right. Anesth Analg. journals.lww.com/ anesthesiology/Abstract/2007/07000/Pain_Management_A_Fundamental_Human_Right.37.aspx
9. California Law. CALIFORNIA BUSINESS AND PROFESSIONS CODE. [cited 2015 Sep 27]. www.leginfo.ca.gov/html/bpc_table_of_contents.html
10. Cherny N, Baselga J, de Conno F, Radbruch L. Formulary availability and regulatory barriers to accessibility of opioids for cancer pain in Europe: A report from the ESMO/EAPC. Ann Oncol. 2010;21:615–26.
11. Deandrea S, Montanari M, Moja L, Apolone G. Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review. Ann Oncol. 2008;19:1985–91.
12. Duthey B, Scholten W. Adequacy of opioid analgesic consumption at country, global, and regional levels in 2010, its relationship with development level compared with 2006. J Pain Symptom Manage. 2014;47(2):283–97.
13. February LO, Oncol L. Use of Opioid Analgesics in the Treatment of Cancer Pain : Evidence-based Recommendations from the EAPC Web version of the article published in Lancet Oncology. 2012;2012(February).
14. IASP. Decade against pain - 2014-2015 Neuropathic Pain - IASP. 2014. www.iasp-pain.org/GlobalYear/NeuropathicPain?navItemNumber=580
15. Intercollegiate S, Network G. SIGN 106: Control of pain in adults with cancer. 2008;(November).
16. National Comprehensive Cancer Network. Adult Cancer Pain V1.2015. 2015; www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/pain.pdf
17. Ripamonti CI, Santini D, Maranzano E, Berti M, Roila F. Management of cancer pain: ESMO clinical practice guide. Ann Oncol. 2012; 23(suppl. 7).
18. Solano J, Gomes B, Higginson I. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, ... J Pain Symptom Manage. 2006; 31(1):58–69. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16442483
19. Ventafridda V, Saita L, Ripamonti C, De Conno F. WHO guidelines for the use of analgesics in cancer pain. Int J Tissue React. 1985;7(1):93–6.
20. WHO Model list of essential medicine. www.who.int/selection_medicines/committees/expert/20/EML_2015_FINAL_amended_AUG2015.pdf?ua=1
21. WHPCA. World Day 2015 of hospice and palliative care [Internet]. 2015 [cited 2015 Sep 27]. http://www.thewhpc.org/world-day-2015
22. Wool MS, Mor V. A multidimensional model for understanding cancer pain. Cancer Invest. 2005;23:727–34.
23. WHO. Constitution of the WHO. Handb basic Doc 5th ed. 1952; (January 1984):3–20. www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
24. IASP. Declaration of Montréal - IASP [Internet]. [cited 2015 Sep 27]. http://www.iasp-pain.org/DeclarationofMontreal?navItemNumber=382

Автор

Николай Йорданов, Комплексен онкологичен център-Враца

Силвия Александрова – Янкуловска, Гена Грънчарова, Факултет „Обществено здраве“, Медицински Университет – Плевен

ИСТОРИЯ НА МЕДИЦИНАТА

Д-Р ВЛАДИМИР КАЛАЙДЖИЕВ – ЧОВЕК, ОРГАНИЗАТОР, ХУМАНИСТ

С д-р Калайджиев ме събра професионалната съдба, когато той бе избран за зам.-министър на здравеопазването и по-късно за зам.-председател на Съвета по възпроизводство на човешките ресурси към Държавния Съвет. Дългогодишното ни сътрудничество ми даде основание да напиша тези лични, кратки спомени.

Като човек първото ми впечатление бе, че е много строг. Когато го опознах разбрах, че обича да помага на хората. Особено на младите. Той имаше нюх и когато откриеше, че този човек има заложби и потенциал да бъде полезен за държавата и обществото му помагаше за създаване на условия за неговото развитие. Свидетел съм на такива случаи. Мразеше лъжата и подмазвачеството. Беше пряк, казваше и отстояваше аргументирано своите решения в тази насока.

Като организатор и специалист неговите качества са неоспорими. Няма да изброявам промените, които настъпиха в нашата здравна система, особено в санитарно-епидемиологичното дело. Ще отбележа само, че те бяха положителни и засягаха целия народ или големи части от него. Реални, глобални, резултат на сериозен научен анализ. Имам чувството, че всяко негово решение е било предшествано от такъв анализ.

Д-р Калайджиев обичаше да се обгражда с най-добрите специалисти по проблемите, които трябваше да се решават. Естествено, че крайното решение и отговорността поемаше той лично, без каквито и да е опити да се измъкне и прехвърли отговорностите на друг. Ще отбележа само две области, в които обичаше да се задълбава. Това са: първо – здравно-демографското състояние на населението и второ – международните научни изяви.

По първия въпрос – много от неговите прогнози (основани на научен анализ) се сбъдват. Понастоящем това е тенденцията към дългосрочно намаляване на раждаемостта сред българското население, стареяването на населението, повишаване на общата и детска смъртност, повишаване на заболяемостта и инвалидността от някои социално значими заболявания. Не случайно България бе избрана от СЗО да експериментира нов модел на здравеопазване (Габровския модел). Мечтата на д-р Калайджиев бе Центърът по хигиена (сега Център по обществено здраве и анализи) да стане международен център за обучение на чуждестранни студенти. Създадох се необходими сгради, аудитории, информационно-из-

числителен център. Много наши специалисти бяха прасани в чужбина да усвоят необходимите знания. Общественото здраве беше ядрото на неговата дейност. Искаше да издигне здравето на народа на нивото на най-развитите страни. Съзнаваше огромното значение на кадрите (специалистите, хората). Усилията му в тази насока са изключителни. За съжаление тази мечта не можа да се реализира до край. Настоящите статистически данни по здравно-демографските проблеми не ни дават основание за оптимизъм.

По втория въпрос – международните научни прояви.

Много обичаше и организираше такива изяви по демографски и здравни проблеми. Той организира и проведе десетки такива форуми, които утвърждаваха България като страна със сериозен и качествен научен потенциал. Тези международни прояви, благодарение на д-р Калайджиев, се провеждаха изключително прецизно. Изпипваха се и май-малките детайли от всякакъв характер – нива на дискусиите, тематика на докладите, техническа осигуреност, битови условия, развлекателни програми за запознаване с нашето богато културно наследство. Чуждите делегати оставаха очаровани от д-р Калайджиев, от неговата контактност и възможността да контактува с тях директно (той владееше английски, френски и руски език), от неговото внимание, естествеността, отзивчивостта и най-вече от компетентността по разглежданите проблеми и идеите, които предлагаше.

Много срещи провеждаше с нашите изтъкнати специалисти. Чести гости в Държавния съвет (на кафе с боза, такава беше модата) бяха наши изтъкнати специалисти по демографските проблеми – професорите Никола Наумов, Минко Минков, Здравко Богданов, Чавдар Кюранов и други. Нито едно решение не бе взимано без сериозен дебат и научни аргументи.

Като хуманист. Тази дума д-р Калайджиев я изпълваше със съдържание. Каква по-хуманна дейност има от това да отдадеш безкористно всичките си сили за здравето на своя народ, за осигуряване на бъдещето на българската нация. Цялата негова дейност и неговият живот ще светят като малка, но ярка звезда на здравния небосклон.

Няма да го забравя!

Кратки спомени от проф. Здравко Богданов, дмн