

Безпека як сенс медицини

6–7 червня 2017 р. у місті Дніпрі відбулася Міжнародна науково-практична конференція «Безпека пацієнтів в Україні: стан і шляхи її покращення». Захід організовано за підтримки Дніпровського міського голови Бориса Філатова спільними зусиллями Національної академії медичних наук (НАМН) України, Державної установи «Інститут громадського здоров'я імені О.М. Марзєєва НАМН України», Департаменту охорони здоров'я населення Дніпровської міської ради, Дніпропетровської медичної академії, Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, Всеукраїнської ради захисту прав та безпеки пацієнтів і Української асоціації громадського здоров'я; за участю представництва Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) в Україні, Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь», Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України. З-поміж усієї кількості засобів масової інформації в Україні право ексклюзивного висвітлення конференції було надано нашому спеціалізованому виданню. А з огляду на нетлінно всеосяжну значущість гігантської теми, винесеної у короткий заголовок цієї статті, остання слугуватиме не просто репортажем з певної події (подій), а, скоріше, трампліном (пілотом) для циклу публікацій есейного формату, який охопить чимало інших об'єктів, пов'язаних із безпекою в медицині.

ПРОЛОГ



З вітальним словом до учасників конференції (серед яких налічувалося: в якості доповідачів — декілька десятків провідних фахівців як практичної, так і наукової ланок охорони здоров'я та дотичних галузей; у якості слухачів — декілька сотень професіоналів усіх щаблів медичної допомоги з різних куточків держави, а також близького зарубіжжя) гостинно звернувся очільник приймаючої сторони — мер Дніпра **Борис Філатов**. «Маю за честь, що саме місто Дніпро надає провідним

українським та іноземним фахівцям, науковцям і практикам, представникам пацієнтських організацій унікальну можливість обговорити нагальні проблеми безпеки пацієнтів, шляхи зменшення кількості лікарських помилок і випадків медичної шкоди, створення безпечних умов праці для медичного персоналу. Збереження та зміцнення здоров'я дніпрян — один із найголовніших пріоритетів для мене як міського голови. Тому обмін досвідом з колегами з багатьох регіонів України та з міжнародними фахівцями в рамках цього важливого форуму дозволить керівництву міста запровадити найсучасніші підходи задля збереження життя та здоров'я жителів нашого міста. Водночас розуміємо, що на шляху до якісної, доступної та безпечної медичної допомоги є ще багато невирішених проблем і перешкод. Безумовно, рушійною силою гарантування безпеки пацієнтів є, насамперед, конструктивна співпраця медичних працівників і громадськості. Ми вдячні та вшановуємо жертовну працю наших лікарів, керівників лікувальних закладів,

середніх медичних працівників, які щодня невтомно оберігають і рятують життя пацієнтів, попри політичні й економічні негаразди та проблеми в державі. Тож покладаємо великі сподівання на те, що у цих стінах вами буде кристалізовано ті рішення та пропозиції, які реально здатні рятувати життя», — зауважив мер.



Старт пленарній роботі дав співголова оргкомітету та ключовий модератор дводенного мультисесійного фахового заходу **Андрій Сердюк**, директор ДУ «Інститут громадського здоров'я імені О.М. Марзєєва НАМН України», академік НАМН України, член Президії НАМН України, голова Української асоціації громадського здоров'я. Він урочисто зачитав зі сцени напутні звернення від імені двох президентів — держави України та НАМН України.



У першому офіційному привітанні — за підписом Президента України **Петра Порошенка** — йшлося про дотримання принципу безпеки пацієнтів як наріжного каменя охорони здоров'я. «Найвища соціальна цінність полягає в реалізації конституційного права кожного громадянина на якісне та безпечне медичне обслуговування. Вбачаю нагальну потребу в концентрації зусиль професійного середовища, наукової спільноти та громадськості на формуванні комплексу заходів для уперед-



ження медичних помилок і зменшення наслідків, пов'язаних із несутлінним виконанням обов'язків. Переконали, що обмін досвідом та плідні фахові дискусії стануть платформою для підготовки конструктивних пропозицій, спрямованих на побудову сучасних стратегій щодо забезпечення лікарняного середовища, запобігання порушенню реалізації соціальних та економічних прав через ефекти медичної допомоги», — відзначено у листі Глави Держави.



У другому зверненні — від президента НАМН України, академіка НАМН України **Віталія Цимбалюка** — наголошувалося, що стрижневим імпульсом для проведення цього міжвідомчого та мультидисциплінарного зібрання слугувало, по-перше, розуміння того, що в усіх сферах людської діяльності користь невідступно супроводжується шкодою; по-друге, усвідомлення масштабів негативних наслідків надання медичної допомоги та спільна мета звести до мінімуму ризику для пацієнтів.

«Безпека пацієнтів — окрема проблема глобального значення, яка актуальна для всіх країн: незалежно ані від рівня їх соціально-економічного розвитку, ані від організації форм функціонування чи джерел фінансування систем охорони здоров'я. Місто Дніпро завжди славилось новаторськими ініціативами — ось і нині голова міста, міська рада демонструють взірць вирішення складної системної проблеми, якою є розбудова безпечної лікарняного середовища, із використанням потенціалу центральної державної влади, регіонального владного ресурсу, фахової спільноти, науки, освіти, широкої громадськості, зарубіжного досвіду. Впевнений, що представлені в ході конференції доповіді та проекти, як і плоди їх колегіального обговорення, нададуть новий поштовх справам на шляху до безпечної медичної допомоги не лише у місті Дніпрі, але й у країні загалом; сприятимуть втіленню в життя напрацьованих планів та високих міжнародних стандартів задля забезпечення якісного і здорового життя наших співвітчизників», — зазначено у зверненні керівника НАМН України.

Варто нагадати, що проведенню конференції передувала низка «увертюрних» (або концептуально-підготовчих) заходів та подій, про які ми мали честь інформувати своїх шановних читачів раніше — зокрема, круглий стіл «Безпека пацієнтів — актуальна проблема вітчизняної системи охорони здоров'я» (лютий 2017 р., Київ, Інститут громадського здоров'я імені О.М. Марзєєва НАМН України); характерні прояви міжвідомчого партнерства в охороні здоров'я — зокрема підписання меморандуму про співробітництво між науковцями та представниками різних сегментів громадського сектору, відкритого звернення авторитетних діячів щодо стану вітчизняної системи охорони здоров'я, започаткування науково-громадського партнерства для формування національної доповіді щодо стану здоров'я населення України (березень 2017 р., Київ, Українська спілка промисловців та підприємців) тощо.

А от стосовно нинішньої конференції нам як спеціалізованому медичному виданню було б важко дотриматися суто репортажного формату висвітлення, — натомість доцільнішим ввижалось б надати перевагу на користь тематично-контентного жанру.

Чому?

Насамперед — сама тематика-проблематика така. Дуже специфічна. Трохи незручна. Децю громіздка. Геть не прибуткова. Болюча. Поліморбідна. Слизька. Поліморбідна. Надзначуща... В якій ціла безодня прогалин на кожному кроці. Безліч зацікавлених сторін. Кремезні підвалини та родючий ґрунт для конфлікту інтересів. Непросте морально-етичне тло. Глибоке деонтологічне підґрунтя. Безмежна кількість найрізноманітніших ризиків для усіх задіяних. В буквальному сенсі кричуще медико-соціально звучання. Тощо.

Інша характерна риса заходу — значне розмаїття (широта) сфер охоплення. Від елементарно-тривіальних (здавалося б) проблем внутрішньолікарняної інфекції на первинному рівні районної лікарні — до шабля високоспеціалізованої медичної допомоги («важкої артилерії») в умовах надсучасного високотехнологічного стаціонару академічної євроклініки, де роблять у прямому сенсі чудеса: досягають тих лікувальних результатів, що суттєво перевищують індикативні світові зразки (виявляється, таке мож-

ливо і у нас в Україні: були б бажання та системність), та ще й конкретно пояснюють, завдяки чому це вдається...

Новітні технології в охороні здоров'я?! Ова! — з фахових доповідей, повідомлень та дискусій стосовно e-health та IT-модернізації (не лише систематизації рутинних процедур чи структурної автоматизації технологічних процесів, — беріть ширше й глибше: метаморфозу власне самої парадигми надання медичної допомоги населенню) можна без труднощів скласти окрему утилітарну сагу — чи то прагматичну оду...

Як вберегтися від лікарських помилок — діагностичних, лікувальних, ментальних? Як навчитися визнавати ці помилки та робити з них свосовки? Як виховувати у середовищі нинішніх і прийдешніх професіоналів охорони здоров'я **культуру медичної безпеки**? Будь-ласка: для пошуку «відповідних відповідей» у рамках конференції проведено окрему секцію під назвою «Безперервна медична освіта та питання безпеки пацієнтів. Людський чинник та культура безпеки». Її наповнюють змістом визнані вітчизняні фахівці з провідних вищих навчальних закладів та наукових установ нашої країни: представлені Дніпро, Київ, Львів, Одеса, Полтава, Харків!

Цілий конгломерат проблематики міждисциплінарного характеру та важкого соціоморального навантаження існує навколо ведення пацієнтів, щодо яких стратегічний ресурс медичного життєзбереження вже вичерпано, — і на порядку денному постає тактичне завдання забезпечити максимально тривалий, абсолютно гідний та мінімально болісний процес переходу у світ кращій. Цьому важливого питанню (з яким у розвинуті країнах світу держава пов'язує статус свого гуманістичного реноме та морального престижу) також присвячена окрема секція конференції — «Безпека пацієнтів у поліативній допомозі: медичні, соціальні та правові аспекти». І тут знову таки панував системно-комплексний міжвідомчий підхід: серед доповідачів — вчені НАМН України, представники провідних науково-освітніх установ системи МОЗ України, посадовці міської, обласної та центральної державної влади (міської ради, обласної держадміністрації, Міністерства соціальної політики України відповідно) тощо.

Таким чином, за напруженням медико-соціальної проблематики та коефіцієнтом корисного інформативного насичення захід заслугує на грубий фоліант товщиною якщо не з «Компендіум», то принаймні з «Фармацевтичну енциклопедію», — натомість, на жаль, наш журнальний формат передбачає утилітарну лаконічність. Адже лікарі — люди вкрай зайняті. Після напруженого денного прийому чи то шквалу ургентних викликів, доби в операційній чи декількох реінтубацій за ніч — не те що на «почитати для душі» пороку не лишається, — коли очі злипаються, мимоволі почнеш «діагоналіти» навіть найцікавіше для допитливого мозку та найактуальніше для власної практики літературне джерело, частогусто піддаючись спокусі обмежитись озайомленням з його резюме. Вже й ту історію хвороби на втіху прокуророви тягне силоміць угхати у прокрустове ложе морзянки...

Усе це ми намагатимемося врахувати — тому колегіально прагнутимемо максимально «компактувати» цю насправді безцінну (і, що найголовніше, — свіжу та доказову) інформацію стосовно проблеми, яку на віки і тисячоліття так геніально-лаконічно сформулював прашур нашого фаху: **non nocere** — не зашкодь...

- З огляду на **сучасні міжнародні** уявлення та стандарти.
- У душі тлумачень та найсвіжіших рекомендацій **ВООЗ**.
- За літерою кращих світових **досконалих практик** охорони здоров'я.
- З повним використанням найновітніших **системних технологій**, які всесильний людський інтелект створює собі у підмогу.
- Базуючись на передовому досвіді, — водночас насамперед **враховуючи помилки**, — Інших країн.
- На основі принципів та положень **доказової медицини**...

Звісно: для нас сьогоднішні усі ці тези — дзельшого — день завтрашній.

Але: якщо не сподіватися, що завтра настане — то жити сьогодні й втрачає сенс, і моторошно децю.

Одні кажуть: «Прийдуть часи — от тоді!...». Мабуть, надто в павсиві: плывемо за течією.

Інші кажуть: «Ми зробимо — от тоді!...». Мабуть, надто самоплевнено: нашому теляті вовка з'їсти.

То, може, краще так: «Прийдуть ті часи — і не без нашої допомоги»...

Відповідально запевняємо.
Цікаво буде — кожному.
Корисно — всім без винятку.
Наша мета — професійно збагатити свого читача.
Тож прохання до нього — лишень одне.
Шановний колего!
Зверніть непересічну увагу.

Оскільки наша сьогоднішня тема — це **абсолютне *NOTA BENE*** для медичного працівника будь-якої спеціальності, професійної кваліфікації чи фахового світогляду.

Бо кожен, хто обрав цей фах, повинен не «теоретично-гіпотетично», а за змістом **предметно розуміти рівняння: безпека = надпріоритет.**

Без цього змісту наш фах губить свій сенс.
А «сенс» і «зміст» — не завжди синоніми...

ЧАСТИНА 1. ФЛАГМАНИ. УКРАЇНЬКА КАРДІОХІРУРГІЯ — НАЦІОНАЛЬНА ЧЕСТЬ І СЛАВА

З огляду на зазначене у пролозі, зі стану проблеми починати не будемо. Загальновідомо: проблем і так багато. Вони беруть кількістю — і незчисленним є легион їх. Проблеми — суть причини. Негаразди — імпульс до оптимізації. Тож докладно зупинитися на «етіологічних підґрунтях» ми ще обов'язково встигнемо у подальшому.

Натомість — почнімо із **флагманів**. Тих, хто вмів **ВИРІШУВАТИ** вищезазначені проблеми і успішно вчиться їх **НЕ ДОПУСКАТИ**. Тих, хто встановлює і надає оточенню **взірцеву фахово-поведінкову модель для масштабування**, — наче той лебідь, що діловито заклопотав, немов від якоїсь несподіванки (осяяння) залопотався, похалцем підхопився й здійнявся в небо першим, — а за ним: диригентом, піонером, очільником, стрижнем ініціативи, носієм лідерства, — як за злетом тієї чарівної диригентської палички, що забезпечує унісон різних партій в оркестрі, — дружно залітає, а потім уперто та наполегливо долає свій довгий складний шлях уся зграя.



Перша із двох доповідей **Олексія Крикунова**, доктора медичних наук, завідувача відділення хірургічного лікування інфекційного ендокардиту ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені академіка М.М. Амосова НАМН України», мала назву «Післяопераційні ускладнення та проблеми безпеки пацієнтів в кардіохірургії» і була підготовлена у співтворстві з директором Інституту, академіком НАМН України **Василем Лазоришинцем** (критичне напруження операційного гра-

фіка позбавило його можливості взяти у конференції безпосередню участь). Нагадаємо, що останньою сесією Загальних зборів НАМН України, шляхом таємного голосування, члена-кореспондента НАМН України, професора В. Лазоришинця обрано дійсним членом НАМН України за спеціальністю «Дитяча серцево-судинна хірургія»; одночасно такої ж честі удостоївся інший представник Інституту — член-кореспондент НАМН України, професор Анатолій Руденко (за спеціальністю «Хірургія коронарних судин»). Таким чином, «на фюзеляжі» Клініки Амосова виблискують вже чотири академічні зірки: академіків М.М. Амосова (геніального засновника) та Г.В. Книшова (очільника впродовж десятиліть), — а віднині — й талановитих учнів поіменованих корифеїв: академіків В.В. Лазоришинця (нинішнього керманіча) та А.В. Руденка (його заступника з наукової роботи). — *Прим. авт./*

У своєму виступі О. Крикунов представив широку й розмаїту палітру життєрадісної діяльності фахівця ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені академіка М.М. Амосова НАМН України» (НІССХ ім. М.М. Амосова НАМН України) — епіцентру української серцево-судинної хірургії як **найскладнішої, найбільш високотехнологічної та наукомісткої сфери медичних знань і практичної охорони здоров'я**. /Допитливий та принципово налаштований читач (яким, певно, і повинен бути лікар) запитає: «Чому ви написали про НАЙБІЛЬШ технологічну галузь; є й інші дуже роз-

винуті та високотехнологічні сфери клінічної медицини; їх представники можуть образитися; чи не коректніше написати: ОДНА з найбільш технологічних?..». Повірте: ми так і збиралися. Але — зіткнулися з важливою специфікою: у серцево-судинній хірургії є патогномонічна характерна риса, яка «протуберантно» вирізняє цю сферу медичної науки і клінічної практики з-поміж усіх без винятку інших. А саме: більшість кардіохірургічних оперативних втручань проводяться в умовах штучного кровообігу. За рівнем тонкощів та складнощів, клінічної комплексності та глибини патогенетичного осмислення такої парадигми лікувального процесу, контрапунктом якої постає необхідність ввести пацієнта, фактично, у стан штучної клінічної смерті — тимчасово «виключити» його власний самостійний кровообіг, на деякий час «делегувавши» його машині, — а після того не лише впоратися із благополучним виходом з післяопераційного періоду, досягнувши максимально повного клінічного результату втручання в контексті основної патології, — не лише забезпечити середньострокове одужання та подальшу довгострокову реабілітацію з метою упередження інвалідизації та гарантування максимально високої якості подальшого життя, — але й знівелювати патолофізіологічні наслідки такої по суті катастрофічної «генеричної заміни двигуна під час руху по трасі»: наслідки як для всіх органів та систем поодинокі, так і для організму в цілому! Отже, впевнено стверджуємо, що це була не гіпербола, а доведена теорема: як за рівнем клінічно-патолофізіологічної складності, так і за ступенем технологічності й інтелектоємності рішень діагностично-лікувального каскаду, — кардіохірургія посідає беззаперечне перше місце. А стосовно всіх інших медичних спеціалізацій, — рівень розвитку та значення яких у системі охорони здоров'я нікому й на думку не спаде піддати сумніву! — «пропускаємо вісім перших місць, починаємо із заохочувальних». Без образ. — *Прим. авт./*

Доповідач стисло поінформував аудиторію стосовно стратегії зменшення післяопераційних ускладнень, відпрацьованих і втілених у клінічну практику фахівцями НІССХ ім. М.М. Амосова НАМН України (рис. 1); динаміки кількості хірургічних втручань у супроводі показників госпітальної летальності впродовж останніх 33 років (рис. 2); динамічних показників хірургічного лікування з приводу інфекційного ендокардиту, у тому числі щодо летальності та рецидивування, протягом останніх 23 років (рис. 3); летальності при ізолюваному коронарному шунтуванні впродовж останніх 15 років (рис. 4). Динаміку кількості кардіохірургічних втручань при вроджених вадах серця у порівняльному контексті з показниками індексу Аристотеля та даними Європейської асоціації з кардіо- та торакальної хірургії (European Association for Cardio-Thoracic Surgery — EACTS) представлено в табл. 1; структуру післяопераційних ускладнень при цій патології, а також тих із них, що призвели до летальних випадків, розібрано у табл. 2 і 3 відповідно.

ЛІКАРЮ-ПРАКТИКУ

Друга доповідь О. Крикунова, яку він присвятив динаміці антибіотикорезистентності збудників інфекційного ендокардиту, викликала не менш жвавий інтерес з боку слухачів, аніж перша. Ще б пак: адже науковець знайшов доцільним зробити стислий екскурс в історію розвитку антибактеріальної терапії (табл. 4) і, — що найцінніше з урахуванням інформаційної потреби лікаря практичної ланки, — навести запроваджені в Інституті сучасні схеми протимікробного лікування інфекційного захворювання при тих чи інших ідентифікованих збудниках (табл. 5–10).

Як нагадав оратор, проблемні мікроорганізми, що мають сформовані механізми резистентності до антибактеріальних засобів широкого спектра дії, відносять до так званої групи ESCAPE (Rice L.B., 2008; 2010):

- *Enterococcus faecium*.
- *Staphylococcus aureus*.
- *Klebsiella pneumoniae*.
- *Acinetobacter baumannii*.
- *Pseudomonas aeruginosa*.
- *Enterobacter spp.*

У НІССХ ім. М.М. Амосова НАМН України досвід лікування пацієнтів з інфекційним ендокардитом за період 01.01.1982–01.01.2016 рр. нараховує 4690 хворих. А матеріалами дослідження, проведеного у відділенні, що ним керує доповідач, було обрано:

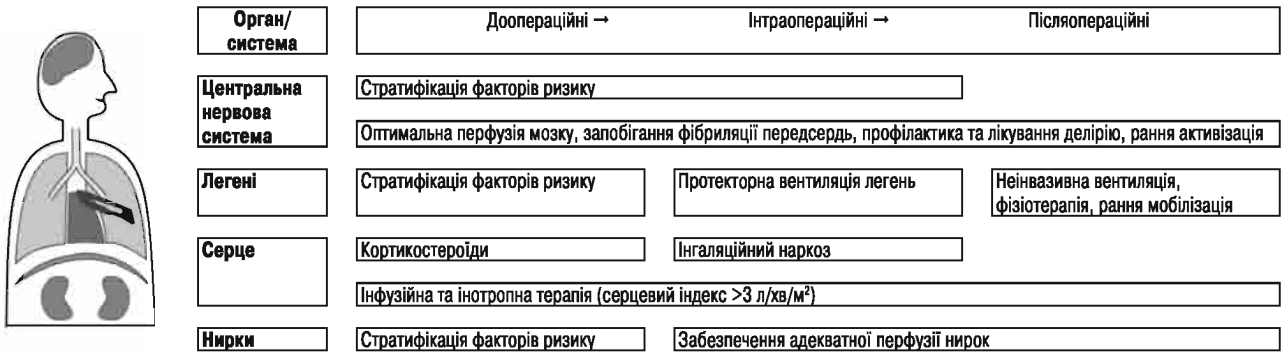


Рис. 1. Стратегії зменшення післяопераційних ускладнень, запроваджені у НІССХ ім. М.М. Амосова НАМН України (за В.В. Лазоришинцем, О.А. Крикуновим, 2017)

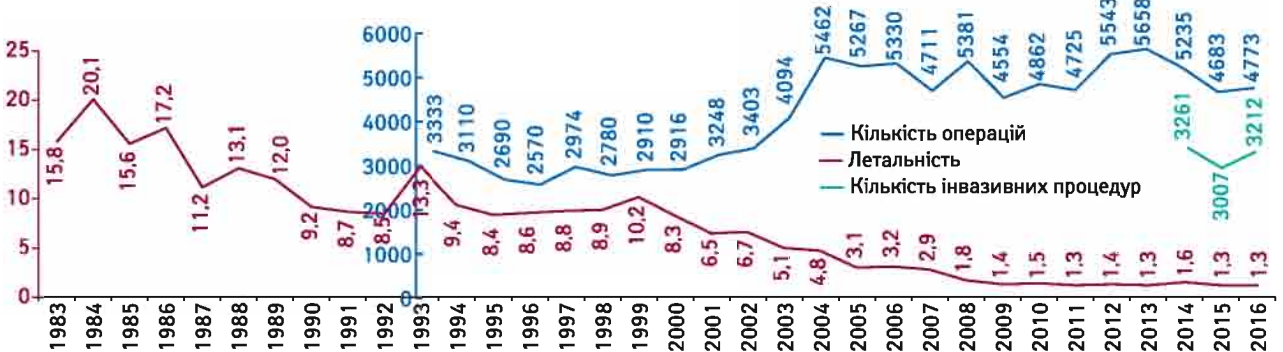


Рис. 2. Динаміка кількості операцій у супроводі госпітальної летальності в НІССХ ім. М.М. Амосова НАМН України (за В.В. Лазоришинцем, О.А. Крикуновим, 2017)



Рис. 3. Співвідношення кількості хірургічних втручань з приводу інфекційного ендокардиту, госпітальної летальності та рецидивування у НІССХ ім. М.М. Амосова НАМН України (за В.В. Лазоришинцем, О.А. Крикуновим, 2017)

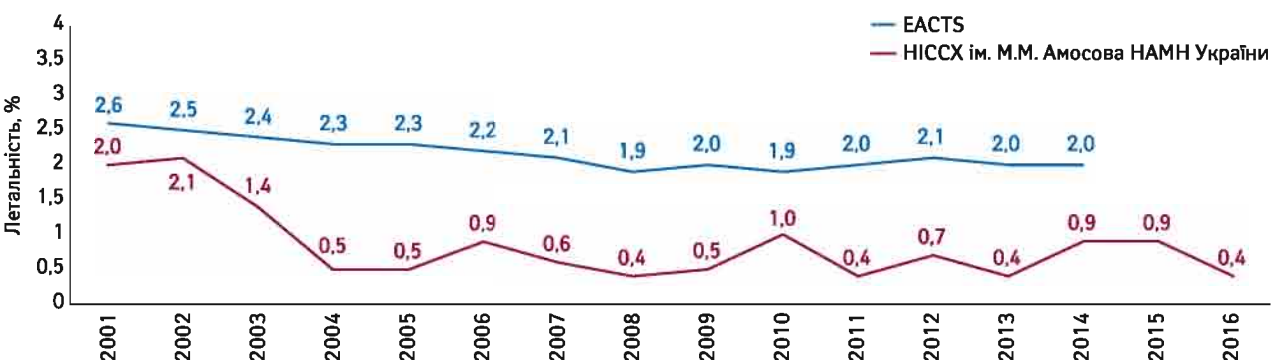


Рис. 4. Летальність при ізолюваному коронарному шунтуванні в НІССХ ім. М.М. Амосова НАМН України (за В.В. Лазоришинцем, О.А. Крикуновим, 2017)

Таблиця 1. Динаміка кількості кардіохірургічних втручань при вроджених вадах серця в НІССХ ім. М.М. Амосова НАМН України (2014–2016 рр.) у зіставленні зі значеннями індексу Аристотеля та даними EACTS (за В.В. Лазоришинцем, О.А. Крикуновим, 2017)

Рік	Штучний кровообіг		Без штучного кровообігу*		n	Загалом		EACTS	
	n	Летальність	n	Летальність		Летальність	Aristotel score	Летальність	Aristotel score
2014	272	14 (4,4%)	282	9 (3,2%)	554	21 (3,8%)	6,49	2,67%	7,01
2015	260	10 (3,8%)	267	3 (1,1%)	527	13 (2,5%)	6,54	2,66%	7,04
2016	280	6 (2,1%)	404	6 (1,5%)	684	12 (1,8%)	5,3	3,5%	6,5

*Висока категорія складності: операції без штучного кровообігу у дітей (анастомози, завузювання легеневої артерії тощо).

НАЗУСТРІЧ 25-РІЧЧЮ НАМН УКРАЇНИ

Науково-практичні досягнення НІССХ ім. М.М. Амосова НАМН України за період 2012–2016 рр.

Вперше у світі

Впроваджено у клінічну практику комплексні методи діагностики та лікування інфекційного ендокардиту, що дозволило знизити госпітальну летальність до 1,2% при лікуванні інфекційного ендокардиту нативних клапанів серця на найбільшому у світі контингенті хворих — понад 2,5 тис. операцій.

Вперше в Європі

Досліджено вплив гвинтоподібної механіки серця на розвиток серцевої недостатності при кардіоміопатії.

Досліджено вплив загальної керованої гіпертермії на динаміку титру вірусів імунодефіциту людини і гепатиту В у хворих на інфекційний ендокардит.

Розроблено методи захисту легень у хворих на інфекційний ендокардит при операціях в умовах штучного кровообігу.

Вирішено проблему хірургічного лікування ішемічної хвороби серця у пацієнтів із супутнім цукровим діабетом — летальність знизилася з 2,8 до 0,3%.

Визначено термодинамічну модель розповсюдження теплового фронту в міокарді при транскатетерній радіочастотній абляції аритмогенних зон.

Вперше в Україні

2012

Досліджено закономірності та розроблено засоби діагностики стану різних відділів системи кровообігу людини із застосуванням даних моніторингу артеріального тиску та частоти серцевих скорочень.

Здійснено транскатетерну імплантацію аортального клапана пацієнтові з рецидивною стенокардією після коронарного шунтування та з аортальним стенозом.

2013

Проведено ендопротезування коарктації аорти вагітній.

Проведено ендovasкулярне протезування аорти при складній вродженій ваді.

Вперше серед країн СНД розпочато проведення міні-інвазивних пластичних втручань на клапанах серця з використанням відеоторакоскопії (малотравматичні ендоскопічні операції на серці з мінімальним розрізом).

2014

Отримано позитивний результат операції «Норвуд-1», «Норвуд-2» та «Норвуд-3» при синдромі гіпоплазії лівих відділів серця.

2015

Виконано гібридне закриття дефекту міжшлуночкової перегородки чотириохмісячній дитині з високою легеневою гіпертензією на працюючому серці без застосування штучного кровообігу.

Закрито парапротезну фістулу мітрального клапана за допомогою оклюдера для закриття дефекту міжшлуночкової перегородки доступом через прокол верхівки лівого шлуночка на передній поверхні грудної клітки.

- інфекційний ендокардит (2603 пацієнти);
- сепсис (132 випадки);
- бактеріємія (257 хворих);
- загалом — 2992 пацієнти.

При цьому було відзначено, що частота ідентифікації збудника становила 1497 (тобто 50% усіх розглянутих випадків), а спектр ідентифікованих мікроорганізмів при бактеріологічному дослідженні крові продемонстрував:

- грамположитивної флори — 1001 (66,9%);
- грамнегативної флори — 359 (24%);
- і 137 (9,1%) випадків припали на гриби.

Виходячи із власного науково-клінічного досвіду, оратор звернув увагу присутніх на такі методи лікування хворих на інфекційний ендокардит, як:

- інтраопераційне використання загальної керованої гіпертермічної перфузії (температура 39,5 °С, тривалість 30 хв);

Розроблено комплексний алгоритм захисту міокарда під час проведення первинного перкутанного коронарного втручання у пацієнтів з гострим коронарним синдромом.

Вперше розмежовано варіанти гіпоплазії лівих відділів серця за чутливістю та специфічністю патоморфологічних ознак.

Досягнуто зниження частоти виникнення миготливої аритмії у пацієнтів з ізольованим аортокоронарним шунтуванням у післяопераційний період з 17,5 до 10,1%.

Запроваджено гібридні втручання при корекції аневризми аорти, в тому числі розшаровуючих.

Освоєно і впроваджено міні-інвазивну стернотомію при корекції аортальних вад серця в поєднанні з аневризмами висхідної аорти.

Опановано: хірургічне лікування постінфарктної аневризми шлуночків серця; оперативні втручання у пацієнтів із гострою розшаровуючою аневризмою аорти і тяжкою хронічною нирковою недостатністю; комбіноване хірургічне втручання у хворих з ураженнями судин дуги (звуження понад 70%).

Впроваджено транскраніальне триплексне сканування головного мозку з електроенцефалографією при операціях на дузі аорти з метою прогнозування психосоматичних станів в післяопераційний період.

Зменшено частку хворих із рестенозом у стенті за рахунок вдосконалення методик перкутанного інтервенційного втручання. Майже повністю здійснено перехід на стенти з лікувальним покриттям.

Покращено результати перкутанного коронарного втручання при рестенозах у стенті та при ураженнях бічних гілок за рахунок використання ріжучих балонів і балонів з лікувальним покриттям.

Підвищено кількість успішних реканалізацій хронічних оклюзій до 80% за рахунок вдосконалення техніки та підходу до вибору методу лікування та відповідного інструментарію.

Застосовано аспіраційні катетери та фільтри-провідники для захисту від дистальної емболізації при пре- і посткондиціонуванні у пацієнтів з гострим інфарктом міокарда.

Впроваджено: відеоторакоскопічну міні-інвазивну реконструкцію мітрального клапана; відеоторакоскопічний контроль при хірургічному лікуванні тромбоемболії легеневої артерії; контроль якості реконструктивних операцій за допомогою інтраопераційної черезстравохідної ехокардіографії.

Розроблено протокол інтраопераційного ведення хворих на інфекційний ендокардит, ускладнений емболічними ураженнями судин головного мозку та легень.

Розпочате застосування флоуметрії для якісної оцінки коронарного шунтування.

2016

Виконано транскутанну фенолізацію (фармакологічний симптоматоліс) сонячного сплетіння під КТ-контролем.

Бригадою ендovasкулярних хірургів відділення рентгенохірургічних методів діагностики і лікування серця та судин виконано унікальну операцію — ретроградну реканалізацію хронічної оклюзії огинаючої гілки лівої коронарної артерії через венозний шунт (28.09.2016).

Створено новий напрям — акушерська кардіологія. Це дозволило наблизити надання кардіологічної та кардіохірургічної допомоги вагітним з найтяжчою кардіальною патологією до європейських стандартів, що є абсолютно унікальним для України. Такий підхід забезпечив значне зниження частоти материнської смертності від екстрагенітальної патології.

- пасивна імунізація (за схемою: бактеріологічний посів крові → ідентифікація збудника → станція переливання крові → вибір плазми з максимальним титром антитіл до виділеного збудника) + комбінована антибактеріальна терапія.

Нарешті, серед альтернативних методів та підходів у терапії інфекційних захворювань було названо:

- антитіла;
- фаголізини;
- бактеріофаги природних штамів;
- бактеріофаги, які штучно синтезовані за допомогою генномодифікованих штамів;
- імуностимулятори;
- вакцини;
- антибактеріальні пептиди;
- препарати, які руйнують біоплівки.

Таблиця 2. Післяопераційні ускладнення при хірургічному лікуванні вроджених вад серця у НІССХ ім. М.М. Амосова НАМН України за 2016 р.; n=684 (за В.В. Лазоришинцем, О.А. Крикуновим, 2017)

Післяопераційні ускладнення	Кількість	%
Реторакотомія	2	0,3
Стернопластика	1	0,15
Гостре порушення мозкового кровообігу	1	0,15
Госпітальна пневмонія	5	0,7
Тривала штучна вентиляція легень (>48 год)	27	3,9
Гостра ниркова недостатність	7	2,1
Ускладнення з боку травного тракту	3	0,4
Післяопераційна АВ-блокада	3	0,4
Усього ускладнень	42	6,1
Кількість пацієнтів	49	7,1

Таблиця 3. Ускладнення, що призвели до летальних випадків при хірургічному лікуванні вроджених вад серця у НІССХ ім. М.М. Амосова НАМН України за 2016 р.; n=684 (за В.В. Лазоришинцем, О.А. Крикуновим, 2017)

Ускладнення	Кількість	%
Гостре порушення мозкового кровообігу	1	0,15
Госпітальна пневмонія	2	0,3
Кардіогенний шок	6	0,9
Ятрогенні ускладнення	1	0,15
Ускладнення з боку травного тракту	1	0,13
Усього	12	1,8

Таблиця 4. Деякі віхи у розробці нових класів протимікробних препаратів (1930–2015 рр.)

Рік	Клас
1930	Сульфаніаміди
1940	Аміноглікозиди, бета-лактамі антибіотики
1950	Глікопептиди, хлорамфенікол, тетрацикліни, макроліди
1960	Стрептограміни, хінолони, лінкозаміни
1970	Триметоприм
2000	Циклічні ліпопептиди, оксазолідони

Таблиця 5. Антибактеріальна терапія при захворюваннях, спричинених метицилінрезистентними штамами *Staphylococcus aureus* (MRSA)

Антибіотик	Разова доза	Шлях введення	Кратність прийому
Рекомендований режим			
Vancomycin	15 мг/кг	в/в	2
Linezolid	600 мг	в/в	2
Daptomycin	8–12 мг/кг	в/в	1
Альтернативний режим			
Teicoplanin	10–12 мг/кг	в/в	1
Telavancin	10 мг/кг	в/в	1
Ceftaroline	600 мг	в/в	2–3
Rifampicin	300 мг	per os	3
Fusidinum natrium	500 мг	per os	3

Таблиця 6. Антибіотикотерапія при захворюваннях, спричинених *Enterococcus faecium*

Антибіотик	Разова доза	Шлях введення	Кратність прийому
Пеніцилінчутливі штами			
Ampicillin	3–4 г	в/в	4
Пеніцилінрезистентні штами			
Vancomycin	15–20 мг/кг	в/в	2
Gentamicin	1 мг/кг	в/в	3
Ванкоміцинрезистентні штами			
Quinopristin-dalfopristin	7,5 мг/кг	в/в	3
Linezolid	600 мг	в/в	2

Найвагоміший прорив НІССХ ім. М.М. Амосова НАМН України здійснив у галузі лікування ішемічної хвороби серця. Це дозволило перейти до технології проведення операцій без штучного кровообігу, що зумовило значною мірою забезпечення пацієнтів, а для хірургів — дало можливість братися за більш тяжкі випадки. Коментуючи предствлені показники (ще раз погляньмо на промовисті **рисунки** і **таблиці**), доповідач підкреслив, що в Клініці Амосова показники ефективності та безпеки лікування суттєво (подекуди в РАЗІ і навіть НА ПОРЯДОК) перевищують європейські стандарти. Таке надто нетипове явище викликало в аудиторії цілком очікуваний подив та інтерес: запитання з зали були кількісно непоодинокими, проте інтонаційно спорідненими (аж до недовіри у валідності підрахунку даних): «Як вам це вдається?!...».

Таблиця 7. Антибіотикотерапія при захворюваннях, спричинених *Klebsiella pneumoniae* (oxytoca)

Антибіотик	Разова доза	Шлях введення	Кратність прийому
Рекомендований режим			
Ceftriaxone	2 г	в/в	1
Piperacillin-tazobactam	3,375 г	в/в	3
Ciprofloxacin	400 мг	в/в	2
Gentamicin	1 мг/кг	в/в	3
Альтернативний режим			
Imipenem	500 мг	в/в	4
Meropenem	1 г	в/в	3
Ertapenem	1 г	в/в	1
Альтернативний режим			
Ertapenem + Meropenem			
Ertapenem + Doripenem			

Таблиця 8. Антибіотикотерапія при захворюваннях, спричинених *Escherichia coli*

Антибіотик	Разова доза	Шлях введення	Кратність прийому
Рекомендований режим			
Piperacillin-tazobactam	3,375 г	в/в	3
Ceftriaxone-tazobactam	2 г	в/в	1
Aztreonam	2	в/в	2
Imipenem	500 мг	в/в	4
Meropenem	1 г	в/в	3
Trimethoprim-Sulfamethoxazole	160/800 мг	per os	2
Альтернативний режим			
Fosfomycin + Ertapenem			
Colistin + Meropenem			
Polymyxin B + Meropenem			

Таблиця 9. Антибіотикотерапія при захворюваннях, спричинених *Acinetobacter baumannii*

Антибіотик	Разова доза	Шлях введення	Кратність прийому
Рекомендований режим			
Imipenem	0,5–1 г	в/в	4
Meropenem	1 г	в/в	3
Ampicillin-sulbactam	3 г	в/в	4
Ampicillin-sulbactam (3 г) + Gentamicin (5,1–7 мг/кг)			
Meropenem (1 г) + Ciprofloxacin (400 мг)			
Альтернативний режим			
Polymyxin B + Imipenem або Meropenem			
Colistin + Imipenem або Meropenem			
Polymyxin B + Minocycline (200 мг)			

Таблиця 10. Антибіотикотерапія при захворюваннях, спричинених *Pseudomonas aeruginosa*

Антибіотик	Разова доза	Шлях введення	Кратність прийому
Рекомендований режим			
Piperacillin-tazobactam	4,5 г	в/в	4
Ceftazidime	2 г	в/в	3
Cefepime	2 г	в/в	2
Aztreonam	2 г	в/в	4
Ciprofloxacin	400 мг	в/в	3
Meropenem	1 г	в/в	3
Альтернативний режим			
Imipenem-cilastin	500 мг	в/в	4
β-Лактамі антибіотики + Tobramycin (7 мг/кг)			
β-Лактамі антибіотики + Gentamicin (7 мг/кг)			
Polymyxin B + Imipenem або Meropenem			

На запитання такого кшталту доктор медичних наук О. Крикунов відповідав відверто, зі щирою безпосередністю: «Моя ключова клінічна спеціалізація — лікування пацієнтів з інфекційним ендокардитом. В основі етіопатогенезу цього захворювання — найрізноманітніші інфекційні збудники: стрептококи, стафілококи, грамнегативні палички, останнім часом все більше питомої ваги набувають гриби тощо... У рамках невпинного професійного вдосконалення мені випало багато разів бувати за кордоном, ретельно досліджувати досвід роботи зарубіжних колег, вчитися та оперувати в умовах найкращих медичних центрів світу. І ось я — в одному з них. На операційному столі — пацієнт з інфекційним ендокардитом. За операційним столом — втручання виконує світило європейської кардіохірургії. Уважно спостерігаю перебіг операції. Дивлюсь і розумію: я роблю інакше. Бачу й усвідомлюю: у нього своє розуміння — у мене

РЕЗОЛЮЦІЯ Міжнародної науково-практичної конференції «Безпека пацієнтів в Україні: стан і шляхи покращання» 6–7 червня 2017 р., м. Дніпро

Учасники конференції продемонстрували високий професіоналізм, ентузіазм, відданість обраній професії, віру в її необхідність для вирішення визначених проблем збереження та укріплення здоров'я народу України як визначального фактора розвитку держави. Поточний стан здоров'я пацієнтів в Україні та у всьому світі повинен стати джерелом високої безпеки стурбованості держави та суспільства.

- Беручи до уваги величезний тягар лікарської шкоди, завданої при наданні медичної допомоги, що призводить до серйозних, навіть смертельних, наслідків,
- усвідомлюючи важливість цієї справи як невід'ємної складової якості медичної допомоги та важливого чинника в охороні здоров'я, мультидисциплінарної співпраці між медичними працівниками як ключового фактора для успішного поліпшення безпеки пацієнтів,
- підтверджуючи прихильність рішенням сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я: WHA55.18 (Якість допомоги: безпека пацієнтів) щодо створення і зміцнення науково обґрунтованої системи, необхідної для підвищення безпеки пацієнтів і якості медичної допомоги, рекомендаціям «Зеленої книги з безпеки пацієнтів в Україні» (2012), круглого столу: «Безпека пацієнтів — актуальна проблема вітчизняної системи охорони здоров'я» (09.02.2017),
- розділяючи суспільне обурення неприйнятним рівнем медичних помилок,
- визнаючи, що безпека пацієнтів ще не стала пріоритетом для поліпшення якості медичної допомоги і зміцнення діяльності системи охорони здоров'я,
- відзначаючи відсутність політичної підтримки та організаційні прорахунки в об'єднанні всіх зацікавлених сторін навколо проблеми безпеки пацієнтів,
- спираючись на сучасні наукові досягнення та позитивний міжнародний та національний досвід з попередження негативних наслідків медичної діяльності, учасники конференції ПРОПОНУЮТЬ:
 - рекомендувати **Верховній Раді України** звернути увагу на відсутність законодавчої підтримки права пацієнтів на безпечну медичну допомогу,
 - просити **Президента України** звернути увагу на порушення і вжити відповідних заходів з огляду на незадовільний стан з безпекою пацієнтів у країні, статті 3 Конституції України щодо права людей на безпечні умови надання медичної допомоги, котра до («Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю»).

Кабінету Міністрів України, Міністерству охорони здоров'я України розглянути причини невиконання відповідних заходів:

- Програми уряду (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2016, № 18, ст. 208) у частині запуску системи контролю якості надання медичної допомоги, зокрема із залученням професійних асоціацій, громадських організацій;
- Угоди про коаліцію депутатських фракцій «Європейська Україна» від 27.11.2014 р., розділ XVI. Реформа системи охорони здоров'я, п. 3.2. («Запровадження системи контролю якості надання медичної допомоги для закладів охорони здоров'я. Залучення громадських організацій (об'єднань споживачів, пацієнтів, професійних (фахових) медичних організацій, медичних працівників) до оцінки якості надання медичної допомоги. Утворення Асоціації для контролю за впровадженням та дотриманням клінічних протоколів та захисту прав пацієнтів»);
- підтримати пілотні проекти, що опрацьовуються в м. Дніпрі.

НАМН України:

1. Підготувати пропозиції Кабінету Міністрів України, Міністерству охорони здоров'я України щодо готовності Академії до опрацювання:

- нормативної бази із забезпечення якості надання медичної допомоги;
- програм та навчальних планів підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичних фахівців з питань безпеки пацієнтів та планів обміну досвідом;
- проблем якості надання медичної допомоги і безпеки пацієнтів, зокрема інфекційного контролю та попередження нозокоміальних інфекцій, паліативної допомоги тощо;
- проведення досліджень медико-соціальних та економічних наслідків дефектів надання медичної допомоги у закладах охорони здоров'я, поширеності медичної шкоди і розробка методики швидкої оцінки і заходів з їх попередження.

2. Забезпечити:

- партнерство і співпрацю з міжнародними науковими організаціями з питань безпеки пацієнтів та визначити пріоритетні наукові теми з питань безпеки пацієнтів та включення їх до плану роботи Академії;
- моніторинг, аналіз і поширення інформації щодо якості та безпеки медичної допомоги на основі фактичних даних.

МОЗ України звернути увагу та вжити заходи щодо:

- нівелювання ризиків та загроз щодо безпеки пацієнтів;
- фактичного провалу впровадження системи управління якістю, що проявилось у зростанні більш ніж на четверть (на десятки тисяч пацієнтів щорічно) випадків стаціонарної летальності та відсутності системи реєстрації дефектів надання медичної допомоги і навчання на них;
- піднесення інформованості медичного персоналу щодо масштабів і наслідків медичних помилок у закладах охорони здоров'я;
- опрацювання Національних програм і планів щодо безпеки пацієнтів, зокрема з інфекційної безпеки, як того пропонує ВООЗ, наприклад, Практичне керівництво з впровадження основних компонентів програм профілактики інфекцій та інфекційного контролю (2017);
- відсутності державного регулювання Міністерством охорони здоров'я України порядку надання медичної допомоги у зв'язку із прийняттям наказу від 29.12.2016 № 1422 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 р. № 751»;
- створення мультидисциплінарної інституційної організації з питань безпеки пацієнтів на державному рівні;
- проведення акредитації медичних закладів, у котрих відсутня система управління безпекою пацієнтів;
- систематичне проведення перевірок дотримання ліцензійних умов, особливо у медичних закладах, де мають місце випадки порушення безпеки пацієнтів;
- відсутність системної роботи з обліком і аналізом випадків виробничого травматизму у медичній сфері;
- забезпечити в законодавчому і нормативному порядку медичне обстеження і підтримку здоров'я медичного персоналу.

Професійним медичним асоціаціям:

- координувати впровадження в діяльність та навчання своїх членів щодо виконання глобальних завдань у галузі безпеки пацієнтів — «Чиста медицина — безпечна медицина», «Безпечна хірургія врятовує життя»;
- проводити заходи щодо забезпечення своєчасної та правильної діагностики, безпечного застосування нових технологій, обладнання, ліків;
- сприяти професійному, ретельному аналізу медичних помилок, інших дефектів у наданні медичної допомоги з метою їх попередження.

Громадським і пацієнтським організаціям:

- активно брати участь у розробці заходів з безпеки пацієнтів, вносити пропозиції щодо безпеки пацієнтів керівництву центральних, регіональних та місцевих органів влади і медичних закладів усіх форм власності.
- брати участь у навчанні пацієнтів з питань безпеки, вивчати та поширювати кращий досвід у цієї царині, представляти інтереси пацієнтів на засіданнях наглядових та медичних рад лікувально-профілактичних закладів.

своє розуміння. У чому саме? Для нас з вами не викликає жодних сумнівів і цілком зрозуміло: якщо є епідемія грипу — до прикладу, вдягаємо маску. Якщо здійснюємо інвазивні маніпуляції — вдягаємо рукавички. Але якщо зарубіжний кардіохірург має справу з інфекційним ендокардитом, працює на інфікованому клапані й при цьому:

- видалив клапан — рукавички, операційне покриття, інструменти не змінив;
 - імплантує свіжу (нову, стерильну) модель штучного клапана серця — без антисептика... —
- то в мене виникає запитання: а яких ви результатів хочете очікувати?.. Просто у мене інше розуміння: інше теоретичне бачення, — а відповідно, й інший практичний підхід. Я, коли зсікаю клапан, —
- зсік: поміняв рукавички, операційне покриття, інструментарій;
 - принесли нове, свіже, стерильне — все використане/інфіковане прибрав геть;
 - і все це на тому тлі, що — звісно ж! — першу ін'єкцію проти-мікробного засобу мій пацієнт отримав рівнісінько за 120 хв до надрізу, — і це як Бог святий.

З часів і умов загальної хірургії залишається актуальним закон: якщо в рані інфекція — у 60% випадків чекай післяопераційних нагноєнь. Я розумію, що у підході європейського колеги домінує повний розрахунок на антибіотики: мовляв, потім вони задавлять. Втім, антибіотики НЕ ЗАДАВЛЯТЬ! Необхідно КОЖЕН ЕТАП педантично та акуратно відпрацьовувати — і тільки тоді буде забезпечено успішний ЗАГАЛЬНИЙ результат. Вважаю, що саме в цьому і полягає причина успішності результатів, які демонструє наша установа: і щодо ішемічної хвороби серця, і щодо вроджених вад серця, і щодо інфекційного ендокардиту. Таким чином, справа не в тому, що ми «інакше» реєструємо свої клінічні показники або піддаємо їх «не тому» статистичному аналізу. Просто, на відміну від клінічної легковажності, ми віддаємо перевагу на користь обачності. Сподіваюся, ви приймете як відповідь на своє запитання цей живий (і, на жаль, не поодинокий) порівняльний приклад з європейської практики», — пояснив вчений-клініцист. /Від себе додамо: тієї самої славнозвісної європейської практики, на честь якої — нерідко в апріорному форматі — складаються оди та співають-ся псалми. У радянські часи побутувало таке собі тавро: «ідо-лопоклонство перед Заходом». У нашому ж випадку — чи зможемо ми доповідача-кардіохірурга звинуватити у протилежному гріху: огульній критиці зарубіжних колег, чи може не колегіальному ставленні до них?!.. У жодному разі. Адже тут немає нічого іншого, окрім абсолютно аполітичного й цілком космополітичного піклування про пацієнта. Виявляється, все просто. Немає жодної екстраординарності. Лишень необхідно ліквідувати легковажність. У наступних публікаціях нашого циклу — особливо у тих главах, де докладніше йтиметься про ВНУТРИШНЬОЛІКАРНЯНУ ІНФЕКЦІЮ і де оди та псалми співатимуться її ВЕЛИЧНОСТІ ДЕЗІНФЕКЦІЇ (тому самому «добре забутому старому», тій самій «рутинній нудьзі», що безпосередньо, а не опосередковано, рятує людські життя), — причому аж до таких надважливих подробиць, як СУЧАСНІ МІЖНАРОДНІ УЯВЛЕННЯ ТА ВИМОГИ ЩОДО МИТТЯ РУК (!!!), — ми ще не раз згадаємо повчальну апокриф-бувальщину про європейське світило, що економить на рукавичках!.. — Прим. авт./

На початку цієї статті ми запропонували оптимізований український термін для визначення **ГХР: ДОСКОНАЛА ПРАКТИКА**. Чому саме «досконала» — і чим воно краще за звичне «належна»? Обґрунтуємо. Навіть не кажучи про співзвучність зі словом «залежний» (одна літера різниці) та рефлексорне бажання додати займенник («належний кому/чому?»), — у цього усталеного терміна надто велике розмаїття дотичних значень і синонімічних відтінків. Якщо робити зворотний переклад англійською, то муситимемо перекласти його залежно від контексту — абсолютно на різні боки, зокрема як:

- appropriate, proper, due (базовий варіант перекладу: відповідний, «як має бути», «такий як слід»);
- suitable, applicable (той, що підходить — наприклад, для певних умов застосування);



- corresponding (той, що демонструє відповідність за певними ознаками чи контекстом);
- same (той, що демонструє схожість, ідентичність, збіг);
- right, competent (вірний/правильний);
- worthy (гідний, достойний) тощо.

Натомість саме українське слово «досконалий» максимально повно і ОДНОзначно відображає зміст міжнародного оригіналу: «GOOD practice» — **ДОБРА** практика. Напрошується, щоправда, й ще один варіант: **бездоганна** практика. На вибір.

Мабуть, зовсім непоганий (хоча й дещо громіздкий) еквівалент бездоганності міститься у російській мові: **безукоризненная** практика.

Хоча, безспірно, найкраще з усього можливого за співвідношенням «лаконічність/вичерпність» звучить латинське першоджерело: **LEGE ARTIS** — за канонами мистецтва.

А на закінчення цієї першої (значною мірою — понятійної, ментально-визначальної) глави нашого майбутнього циклу есе «Безпека як зміст медицини» дозволимо собі — з контентно-предметної подачі вченого-клініциста з провідної академічної науково-клінічної установи країни, доктора медичних наук Олексія Крикунова — запропонувати ще один новий узагальнювальний медичний термін (метод), дуже важливий як за сенсом, так і за змістом: **КЛІНІЧНИЙ ПЕДАНТИЗМ**. Це — антонім клінічної легковажності (від якої до недбалості — півкроку). От саме тоді, коли порушується принцип клінічного педантизму, — це з дуже високою часткою вірогідності може датися ознаки не лише окремому пацієнтові, а часто-густо й усій лікарні (та й навіть це ще буде не найгіршим результатом клінічної легковажності з-поміж можливих: одне з типових тому підтверджень — антибіотикорезистентність, яка бичує як населення, так і системи охорони його здоров'я в усіх без винятку кутках планети). Триєдине визначення (змістове наповнення) пропонованого терміну (методу) «клінічний педантизм»:

- максимальна (аж тотальна) клінічна ретельність;
- рутинна (аж «занудна») клінічна обачливість;
- сувора (аж «армійська») клінічна дисципліна.

Це — менталітет-формуючі речі.

Це — маніфест.

Далі буде.

Пилип Снегір'єв
Фото автора