

Василь Лазоришинець про досягнення, проблеми і перспективи розвитку вітчизняної кардіохірургії

Серед закладів охорони здоров'я сучасної України ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова Національної академії медичних наук (НАМН) України» не потребує особливих коментарів. Це єдиний, без перебільшення заклад, який своєю науковою та суспільною діяльністю заслужив визнання не лише в Україні, а й за її межами. Історія Інституту починає свій відлік з 1955 р. З часу, коли на базі 24-ї Миської лікарні по вулиці Рейтарська в Києві Микола Амосов заснував першу в Україні спеціалізовану клініку серцевої хірургії, яка невдовзі перейшла до Українського науково-дослідного інституту туберкульозу, а у 1983 р. була реорганізована в Київський науково-дослідний інститут серцево-судинної хірургії Міністерства охорони здоров'я України (Інститут серцево-судинної хірургії НАМН України з 1993 р.). Клініка, а згодом й Інститут ще за життя неофіційно носили ім'я їх засновника та організатора — Миколи Амосова. Згуртований навколо свого вчителя колектив одностайно став беззаперечним лідером серед кардіохірургічних закладів не лише на пострадянському просторі, а й серед світових грандів кардіохірургічної науки Європи та Америки. За визначні досягнення в галузі охорони здоров'я та наукову діяльність Указом Президента України від 2006 р. Інституту надано статус Національного інституту серцево-судинної хірургії імені Миколи Амосова.

На сьогодні це сучасна наукова та лікувальна установа держави, де розгорнуто 370 ліжок, 16 операційних, 20 клінічних відділень, 2 лабораторних центри і поліклініка. Щорічно в Інституті проходять обстеження понад 45 тис. хворих із серцево-судинною патологією та проводиться понад 5,5 тис. операцій на серці, рівень яких відповідає кращим світовим критеріям. За показниками кількості та якості операцій на серці й магістральних судинах Інститут входить у п'ятірку провідних європейських кардіохірургічних центрів. Є головним координатором роботи мережі 39 кардіохірургічних центрів країни, у 28 з яких виконують оперативні втручання на відкритому серці.

Про сучасний стан проблем, про те, чим живе і як долає трудності перебудови галузі охорони здоров'я, та як вдається зберегти лідерство провідному науково-лікувальному закладу країни, відбулася відверта розмова із директором ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова НАМН України» академіком **Василем Лазоришинцем**.

— Шановний Василю Васильовичу, як вдається на сьогодні Вам разом із колективом славетного закладу української кардіохірургії в складних економічних умовах підтримувати заведений темп роботи?



Не буду приховувати — проблем вистачає. Перш за все фінансових. Отримання із державного бюджету коштів на поточні витрати на заробітну плату у обсязі лише 27% необхідного, 28% — на комунальні платежі та 2% — на медикаменти і лікарські засоби — практично поставило колектив на межу припинення роботи. Та, на щастя, такого не трапилось, попри всі спроби зменшити державне фінансування. Ми не лише не зупинились, а виконали оперативних втручань у 2016 р.

на 250 більше, ніж у 2015 р., і на сьогодні не зменшили кількості втручань порівняно з минулорічними показниками попри складну фінансову ситуацію. За цими цифрами стоять певні життєві наших співвітчизників, їх надії отримати кваліфіковану допомогу. І взагалі, це була наша відповідь у дусі славних традицій школи наших вчителів Миколи Амосова та Геннадія Книшова. А борг по зарплаті, ясна річ, вирішується і, думаю, таки вирішиться остаточно. Ми звикли долати перешкоди.

— Василю Васильовичу! Охорона здоров'я України переживає не найкращі часи. Реформування галузі йде складно. Що Ви думаєте з цього приводу, і яка роль закладу у цьому процесі?

Як вам відомо, наш Інститут разом із трьома іншими інститутами НАМН України з 1 липня поточного року бере участь у пілотному

проекті Кабінету Міністрів України щодо зміни механізму фінансування надання медичної допомоги. Це означає, що ми зможемо визначитися із вартістю наданих медичних послуг за єдиними тарифами у межах розроблених протоколів лікування. Це дуже важливо, і я вірю в необхідність такого починання, оскільки це дасть змогу показати владі й довести до громадян істинну собівартість лікування. Проте робота йде вкрай складно і не зовсім так, як очікувалось. Ми мали б отримати від міністерства методичку підрахунку наданих медичних послуг у межах існуючих єдиних тарифів, перелік осіб, які підлягають лікуванню, та порядок їх направлення до лікувального закладу. Однак ми й досі не маємо ні методики підрахунку послуг, ні єдиних тарифів. Ми вже вчетверте підраховуємо собівартість наданих послуг, в черговий раз використовуючи нові тарифи та методичку підрахунку. Впусту і непродуктивно гаємо час. Проте я вірю в необхідність започаткованого і в те, що ми дійдемо згоди. Адже це може стати певним кроком до впровадження страхової медицини в Україні. Все, що необхідно, — це отримати від міністерства методичку підрахунку наданих послуг у межах єдиних тарифів!

— Тарифи, ціна, послуга. Наскільки це важливо з Вашої точки зору, оскільки мова йде про охорону здоров'я?

Головне, на що я хочу звернути вашу увагу, то це застосування єдиної методики підрахунку та єдиних тарифів на медичну послугу. Це дасть змогу зробити собівартість послуги рівною для всіх громадян України і однаковою для всіх лікувальних закладів. Що це дає? Перш за все, це дасть змогу уникнути прямого отримання коштів від громадян, що протиправно за конституцією. Для страхових компаній відкривається можливість прозоро і зрозуміло перераховувати кошти за надані послуги у лікувальний заклад, який, у свою чергу, зможе ними вільно розпоряджатися. І ще — вартість послуги стане єдиною для всіх, а рентабельність її надання — то вже справа закладу! (Далі В. Лазоришинець додає, що із самого початку запровадження проекту із Міністерством охорони здоров'я України була домовленість про те, що базове фінансування (фонд заробітної плати, комунальні витрати) бере на себе держава. Що не враховано, і, на його думку, є значним недоліком проекту).

— Дуже багато ми чуємо останнім часом, що невідкладна та ургентна допомога у державі буде доступною для всіх без винятку громадян і безоплатною (маємо на увазі для громадян). Як це має виглядати, адже не секрет, що хворі на гострий інфаркт міокарда, патологію аорти та ще багато інших ургентних кардіальних станів потребують не лише невідкладної допомоги, а й значних фінансових затрат. Чи є вирішення проблеми?

Саме в цьому я вбачаю позитив від роботи над проектом. Лише розрахований єдиний тариф медичної послуги дасть нам змогу

надавати її будь-кому із громадян України, в тому числі і в ургентному порядку. Більше того, кошти на лікування можуть бути без проблем перераховані із регіональних служб охорони здоров'я, страховими компаніями, фізичними особами та державними установами у лікувальний заклад будь-якого рівня за єдиним тарифом за виконану роботу. Таким чином, звідки прийшов хворий до лікувального закладу, значення не має. Це також дасть змогу визначитись із бюджетними витратами на ургентну допомогу. На мою точку зору, всі гострі стани в кардіології, а це — гострий інфаркт міокарда, гостра патологія аорти та магістральних судин, гостра клапанна патологія, мали б лікуватися безкоштовно. До безоплатної допомоги мали б зарахувати допомогу вагітним, дітям віком до 18 років, учасникам АТО та інвалідам першої групи. Проте зволікання із міністерськими пропозиціями не дає можливості це зробити.

Хочу наголосити, що проблема фінансування охорони здоров'я має безліч варіантів. Кожна країна визначається з урахуванням своїх можливостей, проте утримання її лише державним коштом вдається не всім. Вартий на увагу приклад Японії, де охорона здоров'я понад 50 років є недержавною. Проте держава на лікування дітей бере на себе 70% видатків, пенсіонери віком до 75 років отримують 70% державної допомоги, а старші — 90%. Зазначу, що ця країна небідна.

Користуючись нагодою, хочу підкреслити, що лише медичні заклади не в змозі подолати епідемію серцево-судинних захворювань, які забирають життя українців. На сьогодні у структурі летальності 67% випадків становлять цереброваскулярні розлади. У перерахунку на абсолютні цифри це понад 410 тис. смертей щорічно. Це величезна цифра. І навіть розгалужена мережа кардіохірургічних центрів, яких на сьогодні 39, дала нам змогу виконати 18 400 оперативних втручань при захворюваннях серця та магістральних судин та 27 000 коронарографій, що за різними розрахунками становить 13–14% необхідного та в 3–4 рази менше, ніж у розвинених країнах. Ми постійно працюємо над тим, аби збільшити кількість операцій. Проте, на мій погляд, лише виключно медичними заходами проблему не вирішити. Має бути чітка програма дій, розроблена Міністерством охорони здоров'я, Міністерством молоді та спорту України та іншими установами, де б на державному рівні була викладена позиція протидії та профілактики поширення захворюваності на серцево-судинну патологію та прописано все — від профілактики до лікування та реабілітації. Це дасть вагомий внесок у стримування епідемії.

— Значні досягнення Інституту відомі усім — це переважно історія, а як на сьогодні виглядає Інститут? Чим живе славетний заклад і чи вдається зберігати позиції лідера? Чи є наукові прориви?

Звісно, ми не завмерли і не стоїмо на місці. Якщо років тридцять тому ми були єдиним медичним закладом, який виконував понад 80% операцій на серці, а решту робив Львівський кардіологічний центр (до речі, цього року ми відзначили його півстолітній ювілей), то на сьогодні ми маємо 39 кардіохірургічних центрів. У 28 із них виконують оперативні втручання на відкритому серці. Все це стало можливим завдяки методичній та наполегливій роботі Інституту, спрямованій на формування регіональних центрів. Навчання та підготовка кадрів була основною прерогативою Інституту. Такий підхід дозволив розширити та наблизити високоспеціалізовану допомогу у всіх областях країни.

Найбільш серйозні втручання — так, це за нами, але не лише за статусом, а й за вмінням. На сьогодні Інститут є беззаперечним лідером не лише у нашій країні. За деякими показниками нам немає рівних і серед світового кардіохірургічного товариства. Ось деякі з них.

Лікування пацієнтів із інфекційним ендокардитом — маємо найнижчі світові показники летальності. Госпітальна летальність не перевищує 1,9%, порівняно з летальністю при цій патології у світі 12–28%. Додам, ми виконуємо близько 200 операцій на рік, що становить 80% усіх виконаних у країні. Завдяки розробленій нами та застосованій системі штучної гіпертермічної обробки тканин під час оперативного втручання у цих хворих рецидив захворювання виникає у 5 разів рідше, ніж за даними світових центрів. Розроблений і впроваджений метод лікування із застосуванням загальної гіпертермії організму при інфекційному ендокардиті дозволив підвищити імунну здатність хворого, внаслідок чого

отримано найкращі у світовій практиці результати хірургічного лікування цього захворювання. Нам не вірять і заздять.

За ішемічною хворобою серця, без перебільшення, ми маємо найкращі показники на рівні світових досягнень. На сьогодні госпітальна летальність становить 0,4%, в той час як за статистикою всіх центрів США — 2,2%. Чим не результат? Додайте сюди найбільший у світі досвід операцій при ішемічній хворобі серця без застосування штучного кровообігу (проведено понад 11 000 операцій), найнижчу у світі летальність при хірургічному лікуванні аневризми лівого шлуночка 1,4%, в той час як летальність при хірургічному лікуванні цієї патології, за даними Асоціації торакальних хірургів США, становить 8,4%.

Думаю, що хірургія патології аорти — це одна із найскладніших хірургічних проблем. І тут ми маємо досягнення світового рівня. Знадобився тривалий час, наполегливість та вміння, аби досягти таких результатів. Так, за минулий рік виконали 202 операції із одним летальним випадком. А серед оперованих 35% мали гостре розшарування, тобто розірвану аорту. Це унікальні дані, які не залишили байдужими навіть наших колег із Німеччини. В чому ж наше ноу-хау? Ми налагодили безпосередні зв'язки із регіональними центрами і перебираємо на себе близько 70–80% цієї патології на ранніх стадіях. Умовно кажучи — ще тільки лопнуло, а ми вже чекаємо хворого у підготовленій операційній.

Для чого я все говорю? Перш за все, для того, аби ствердити, що ми є самодостатнім лікувальним закладом. А наш рівень цілком зівставний зі світовими досягненнями. І нам не соромно виступати зі своїми доповідями на світових форумах. До речі, на останньому Кардіохірургічному конгресі в Астані було представлено 16 наших доповідей.

Повертаючись до більш приземлених, але не менш вагомих напрямків практичної діяльності Інституту, зазначу такі. Це малоінвазивне хірургічне лікування порушень ритму. Унікальна система навігації та картування, яка є в Інституті, дає змогу точно визначати зони патологічного імпульсу та виконувати прецезійне їх руйнування. В Україні такі втручання, крім нас, проводять лише в Одесі та Харкові.

Ми єдині на сьогодні серед українських кардіохірургічних центрів, які мають досвід лікування при гіпоплазії лівого шлуночка. А це досить складна вроджена вада серця новонароджених, що потребує багатоетапного лікування. Не залишаємо при цьому поза увагою і менш складні вроджені вади серця. У відділенні кардіохірургії дитячого віку проводять весь спектр лікування вроджених вад серця.

Серед унікальних напрямків хочу зазначити роботу із застосування апаратів механічної підтримки життєдіяльності організму у критичних станах. Це екстракорпоральна мембранна оксигенація (ЕКМО) — штучні легені, лівошлуночковий байпас та штучна нирка. Застосування таких технологій дає нам можливість вирішувати надскладні клінічні завдання. До прикладу, хвора, яка готувалася до трансплантації серця, перебувала на такій підтримці 38 днів і була доправлена в Індію на проведення операції. У хворого на гострий інфаркт міокарда застосування цього методу дозволило відновити скоротну здатність із 20 до 65% і виписати його в задовільному стані додому.

Окремо хочу розповісти про наш досвід роботи над проблемою трансплантації. Ми не очікуємо, коли буде розроблена юридична база. На жаль, хворі так довго не можуть чекати. У нас сформовані бригади, які пройшли стажування тривалістю більше року за кордоном у центрах, де проводять трансплантацію серця. Це дозволило нам надавати весь спектр допомоги тим хворим, яким показана трансплантація, і вони до цього готуються. Наші спеціалісти також опікуються тими, хто таку операцію переніс. Настане час, і ми не вагаючись виконаємо трансплантації стільки, скільки буде можливо. А на сьогодні 31 пацієнт, який готувався до трансплантації, пройшов через наш Інститут. Ці хворі також отримували післяопераційне лікування, повернувшись до нас, і медикаментозну корекцію та імуносупресивну терапію.

Таким чином, наші клінічні досягнення нероздільно пов'язані з науковими.

— Наука переживає не найкращі часи у державі. Що ви думаєте з цього приводу? І чи є перспектива подолання кризи?

Наука не може бути чимось відстороненим, сама по собі. Навряд чи могли бути наші досягнення такими, як я вам розповів, без наших наукових пошуків. Адже все те, що ми маємо, є синтез

науково-практичного втілення. Взагалі, я вважаю, майбутнього у медицини без клінічної науки бути не може. Це моє глибоке переконання. І ми робимо все, щоб наукові досягнення мали практичний і клінічний вимір. На сьогодні в Інституті працює 3 дійсних члени академії медичних наук, 7 професорів, 16 докторів наук та 52 кандидати медичних наук. Це той науковий багаж, який дозволив нам мати досягнення на рівні світових. Інститут виконує науково-методичну роботу щодо підготовки кадрів. При Інституті існує Спеціалізована вчена рада по захисту дисертацій за спеціальністю «Хірургія серця та магістральних судин». З 1992 р. працює кафедра хірургії серця та магістральних судин Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (завідувач кафедри — академік В.В. Лазоришинець). Практично опіка, підготовка та допомога у налагодженні роботи регіональних кардіоцентрів проводиться виключно завдяки старанням Інституту.

Ми також започаткували практику навчання наших фахівців за кордоном у провідних кардіохірургічних центрах. І це не тиждень чи два, а цілий рік. Це дало змогу підвищити рівень знань і вмінь наших фахівців, зробити їх роботу взаємозамінною. Неможливо досягти стабільного професійного рівня, маючи одного унікального фахівця. Це моє глибоке переконання. І взагалі, майбутнє — за талановитою молоддю. Хочу зазначити, що такі в Інституті є — це В. Кравченко, І. Жеков, К. Руденко, С. Руденко, Я. Труба, Б. Кравчук, М. Петканіч. Продовжуючи тему навчання, хочу додати, що ведемо переговори із Європейською асоціацією школи кардіохірургії із метою укласти угоду від імені Асоціації кардіохірургів України, що дасть змогу членам української асоціації проходити стажування та навчання безкоштовно за кордоном.

Не менш важливою є робота в сучасному інформаційному просторі. Нас і наші досягнення мусять знати у світі. Тому ми приблизно двічі на місяць заслуховуємо на нашому товаристві звіт про публікації. І їх немало, 130 за минулий рік. Із них 30% — це публікації в журналах далекого зарубіжжя. Це лише підтверджує наш статус і вагомість наукових досягнень. Тому ще раз наголошую, для нашого Інституту наука — це не мертвий продукт, а життєдайна сила, яка дозволяє нам вирішувати складні клінічні проблеми.

У зв'язку з цим особливо хочу відзначити наших беззаперечних лідерів — це академік Анатолій Руденко, професор Ростислав Вітовський, професор Іван Кравченко, професор Олександр Стичинський, Валерій Залевський, Сергій Сіромаха. Це ті беззаперечні лідери, на кого рівняються і за ким йдуть. Не можу обійти також питання збереження пам'яті. Це також має бути прикладом для нас, для молоді. Ми маємо бути вдячними тим, хто дав життя кардіохірургії в Україні. Ми створюємо музей кардіохірургії України, де буде представлена інформація про всіх причетних до справи розбудови хірургії серця в Україні. Хочеться, щоб славні імена Миколи Амосова, Олени Сидаренко, Геннадія Книшова та Михайла Зіньковського були доповнені тими, хто творив історію української кардіохірургії.

І на сам кінець, В. Лазоришинець, додав, що не може не поділитися радістю очікування будівництва нового корпусу. Такі плани неодноразово створювалися, але на цей раз мають шанс втілення у життя, оскільки рішення про будівництво розглянуто на засіданні Кабінету Міністрів України.

*Олександр Осадчий,
фото Сергія Бека*

РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

Емоціональна осознанность и экспрессивная терапия в лечении пациентов с фибромиалгией

Фибромиалгія — захворювання, характеризується дифузною симетричною м'язово-скелетною болью хронічного характеру і відзначається у більш ніж 4% населення в світі. По даним соціально-психологічних досліджень, для пацієнтів з фибромиалгією характерен підвищений рівень психосоціальної нестабільності, емоціональної чутливості і конфліктності. В новому дослідженні, присвяченому пошуку можливих рішень задачі по усуненню даних факторів ризику, ученими розроблено метод психотерапії, оснований на емоціональній осознанності і експресивності (Emotion awareness and expression therapy — EAET). В ході роботи проведена клінічна апробація переваг вказаного методу по порівнянню з активним самоконтролем, роз'яснювальною терапією і золотим стандартом в сфері реабілітації пацієнтів з фибромиалгією — когнітивно-поведенческою терапією, направленою на розвиток здібностей пацієнта справлятися со своїм станом. В даному науковому проекті в складі 40 терапевтичних груп прийняли участь дорослі пацієнти з фибромиалгією (n=230), розподілені по принципу рандомізації і що пройшли вісім 90-хвилинних сеансів в наступних терапевтичних групах: емоціональна осознанність і експресивна терапія, когнітивно-поведенческа терапія, освітня інтервенція (роз'яснювальна терапія). Аналіз результатів по самоотчетам пацієнтів проводили непрямо перед початком терапії, по закінченні курсу сесій і через 6 міс після завершення терапевтичних сеансів. Оцінка стану пацієнтів включала констатацію ступеня тяжкості захворювання, вираженість болевих відчуттів і інших симптомів, що характеризують фибромиалгію.

По итогам клінічного дослідження результат аналізу ефективності вибраних терапевтичних втручань свідчить про те, що, незважаючи на відсутність достовірної різниці між ефективністю роз'яснювальної терапії і методу емоціональної осознанності і експресивної терапії по ступеню вираженості болевого синдрому на початковому етапі лікування, новий метод психотерапевтичного втручання показав статистично значимі кращі результати стосовно вираженості загальних симптомів захворювання, ступеня поширеності болевих проявів, фізичних порушень, когнітивних дисфункцій, тривожності,

депресії і загальної ступеню задоволеності життям. В цілому 34,8% пацієнтів, що пройшли сеанси по методу емоціональної осознанності і експресивної терапії, повідомили про те, що їх самопочуття значно покращилося по порівнянню з станом до початку лікування. В той же час при оцінці ефективності стандартних методик позитивні результати фіксували у 15,4% пацієнтів.

Ведучі автори дослідження Марк А. Ламлі (Mark A. Lumley), професор психології Колледжу вільних мистецтв і наук Государственного университета Уэйна (College of Liberal Arts and Sciences at Wayne State University), США, і Говард Шубінер (Howard Schubiner), доктор медицини, керівник Програми психосоматичної медицини Госпітала Провіденс (Mind Body Medicine Program at Providence Hospital), США, вказали на те, що направленість методу терапії, названої ими «Емоціональна осознанність і експресивна терапія», складається в навчання пацієнтів з фибромиалгією сприймати біль і інші симптоми, обумовлені змінністю нейрональних шляхів головного мозку і в своїй вираженості обумовлені ступенем емоціонального підкріплення їх фізичних корелятів. М.А. Ламлі, відзначив: «Нерідко розвиток захворювання у пацієнтів з фибромиалгією може передшляхувати травматичний досвід, в тому числі виктимізація, внутрішньосімейні і внутрішньочасові конфлікти, кожен з яких створював часті подвійні впливи і вивільняв емоціональний тиск. Згідно з результатами нових досліджень, подібні стани можуть мати значиме вплив на проявлення болю і інших фізичних симптомів».

Резюмуючи результати роботи, автори підкреслили, що розробка і успішна апробація вказаного терапевтичного підходу дозволяє пацієнтам з фибромиалгією переодолевати емоціональні конфлікти і зменшувати вираженість їх фізичних проявів, а не тільки справлятися со своїм станом, приймаючи його. Незважаючи на те, що описаний метод терапевтичного впливу може бути ефективним не для всіх пацієнтів з фибромиалгією, все ж для багатьох із них він виявився дійсно корисним, а деякі з них змогли суттєво покращити якість своєї життя.

Lumley M.A., Schubiner H., Lockhart N.A. et al. (2017) Emotional awareness and expression therapy, cognitive behavioral therapy, and education for fibromyalgia. Pain, Aug. 8 [Epub. ahead of print].

Wayne State University (2017) New hope for people with fibromyalgia. ScienceDaily, Sep. 21 (<https://www.sciencedaily.com/releases/2017/09/170921161243.htm>).

Наталья Савельева-Кулик