

50



**Він – у десятці найкращих фахівців свого профілю за визначенням Світової асоціації ендокринологів-хірургів. Микола ГУЛЬЧІЙ – головний ендокринолог МОЗ України, головний лікар Київського міського клінічного ендокринологічного центру, доктор медичних наук, професор, заслужений лікар України. Спілкування з Миколою Васильовичем – це свого роду коучинг, коли впродовж розмови набираєшся знань та енергії для подальшого творчого зростання. Раптом спадають на думку слова Конфуція, мовляв, серед людей, котрі крокують із тобою дорогою, для тебе обов'язково знаходиться вчитель, за яким ти йдеш. За Гульчієм варто йти.**

## Микола ГУЛЬЧІЙ: «Ми з пацієнтом в одній зв'язці»

– Миколо Васильовичу, наша зустріч зумовлена двома основними причинами. Перша – річниця державної незалежності. Друга – гостра потреба з перших уст інформувати українців про необхідність дбати про здоров'я ендокринної системи. Тож стосовно першого: які тенденції спостерігалися в цій галузі понад два минулих десятиліття? Чи можна казати про загострену увагу держави до підопічних вам хворих упродовж цього періоду?

– Звичайно, державна незалежність дала багато вченим-медикам і, зокрема, ендокринологам України. Молоді та зрілі науковці брали активнішу участь у міжнародних конференціях. Тож обмінювалися досвідом. Раділи, що як практики ми кращі. Дивилися, в чому закордонні колеги випереджають нас, десь у чомусь підтягувалися. Бо ж ми, приміром, на початку незалежної доби мали менші можливості проводити глибокі наукові пошуки на генному, на хромосомному рівні. Просто тому, що в нас не існувало відповідних лабораторій. Технічне забезпечення таких досліджень дуже дороге.

Ми співпрацювали з провідними вченими нашої галузі з Італії, Америки, Швеції, Франції. Завдяки цьому, по-перше, одержали інформацію з найактуальніших проблем, по-друге, спланували майбутню спільну роботу. Дослідження стали глибшими. Відбувся певний стрибок у вітчизняній науці. Коли тепер дехто каже, що нічого за цей час не відбулося, це неправда. Що стосується ендокринології, ми вийшли на світо-

вий рівень. Користуємося єдиними стандартами лікування і в терапії, і в хірургії. Тобто ніхто не винаходить свого велосипеда. Бо цей велосипед уже винайшли, і ми їдемо далі. Протоколи лікування хворих приведено до загальної системи світових стандартів. Звісно, про матеріальне забезпечення не кажу. Бо держава дає стільки, наскільки вона багата. Але в нашої держави є майбутнє. Не все відбувається за 20 років. Не одразу міняється філософія в головах. Однак молодь, яка вчилася впродовж цього часу в Україні або за кордоном, уже знає, як і що треба робити.

У нас, до речі, тісні наукові зв'язки з Київським інститутом ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка, Харківським інститутом проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського, Московським інститутом ендокринології. Для вчених немає кордонів.

**– Якщо ми вже торкнулися напрямів ендокринології, будь ласка, розтлумачте одразу кілька ключових її понять: йододефіцит, зоб, вузли щитоподібної залози...**

– Стосовно йододефіциту. Якщо йоду мало в ґрунті, воді, то, відповідно, його бракує і в рослинах, овочах. Йод становить половину маси гормону щитоподібної залози. А цей гормон повинен бути в кожній клітині. Він впливає на її розмноження, окислювально-відновні реакції в ній. Тобто без гормону в клітині немає життя. У дітей він відповідає за ріст нових клітин, розумовий розвиток. Коли гормона бракує, жінка може не завагітніти.

Зоб – збірна назва різних захворювань щитоподібної залози: якщо

її об'єм збільшений, якщо є вузлики, якщо її гормональна функція порушена. Будь-яке відхилення від норми – це зоб.

Про вузли щитоподібної залози. Вони мають різну будову. Можуть мати чи не мати виражену капсулу. Це має значення для діагностики. Тому що деякі підозрілі вузли з розмитими контурами потребують особливої уваги. Вузол – це пухлина. Ми повинні дізнатися, що це за пухлина, і прийняти рішення щодо операції. Є чотири абсолютні показання до операції: рак, підозра на рак, фолікулярні пухлини, синдром стиснення (коли доброякісні пухлини тиснуть на ший, заважають дихати, їсти). Є так звані відносні показання: приміром, коли людина не хоче той вузол носити. Із тих, хто звертається до міського клінічного ендокринологічного центру по консультацію, оперують близько п'яти відсотків. Решта – ті, хто перебуває під наглядом лікаря, приймає певні препарати.

**– Якими законами України керується ендокринологія?**

– Є головний закон держави – Конституція України, відповідно до якої медицина в нас безкоштовна. У капіталістичному суспільстві, в якому ми нині живемо, абсолютно все підпорядковано капіталістичним законам. Усе, що обслуговує медицину, є капіталістичним. Угоди стосовно продуктів харчування, перевезень тощо медичні заклади підписують з капіталістичними підприємствами. Якщо ми досі хочемо зберегти медицину як острівець соціалізму, то держава має повністю фінансувати галузь. Нині це зробити неможливо. Стільки фінансів, скільки потрібно медицині, в

бюджеті немає. Тому фінансування її, так би мовити, солідарне. Те, що держава спроможна давати, вона дає. Ту саму зарплату персоналу: не варто уточнювати, яку саме, але платити. На харчування та медикаменти для одного хворого на добу держава виділяє менш як 20 гривень. Звісно, пацієнти доплачують. І завдяки цьому солідарному фінансуванню ми надаємо повноцінну допомогу.

**– А що нового, значущого для вашої галузі в законотворчості?**

– На розгляді у Верховній Раді – проект закону України «Про внесення доповнень до Закону України «Про безпечність та якість харчових продуктів» щодо забезпечення оптимального йодного харчування». Для України, яка постраждала від чорнобильського лиха, подолання йододефіциту надзвичайно важливе. Дослідження, проведені нашими провідними інститутами спільно з ЮНІСЕФ у 2001–2003 роках, свідчать, що в різних регіонах країни спостерігається йододефіцит різних ступенів. У центральному регіоні – легкого ступеня, на півночі та півдні – середнього, у Карпатах та прикарпатських районах – тяжкого. Висновок: треба забезпечувати населення йодом. Приміром, через йодовану сіль. Проект закону змушує підприємства, які випускають сіль, робити її йодованою, і нейодованою. Він також зобов'язує торговельну мережу викладати на полиці ту та іншу. Повинен бути вибір. А людина має бути освіченою та обирати сіль йодовану.

Проте для подолання йододефіциту існує не лише сіль. Ми радимо додатково приймати різні препарати. Є серед них рослини. До речі, йод засвоюється клітинами щитоподібної залози тією мірою, якою вони того потребують. Якщо йоду достатньо, надлишок виводиться із сечею. Цей процес подібний до всмоктування губкою води: вбирається, скільки треба, а решта залишається.



Клітини щитоподібної залози внаслідок Чорнобильської катастрофи заповнювалися замість звичайного йоду радіоактивним. Якщо захворюваність на рак до катастрофи становила на 100 тис. населення 3,5 випадку, то після, зокрема в Київському регіоні, – 12,5. По Україні цей показник – 4,6 випадку. Особливо серйозний вплив відчували на собі молоді організми.

**– Співвітчизники порівняно з мешканцями цивілізованих країн вирізняються дивною інертністю стосовно питань власного здоров'я...**

– Справді, люди не займаються собою. Звикли звертатися по допомогу, коли виникають ускладнення. Показники захворюваності рік у рік збільшуються. Проте це не факт, що зростає кількість хворих. Просто є чимало недовиявлених.

Ще не так давно в країні було лише кілька клінік, що вивчають проблеми ендокринної системи, а нині лише в Києві – три спеціалізовані заклади. За понад 20 років незалежності в Україні збільшилася кількість

спеціалістів нашої галузі. У 1950-ті роки в Києві був лише один (!) ендокринолог. Нині фахівць цього профілю є в кожній поліклініці.

У нас у країні 1 млн. 200 тис. хворих на цукровий діабет, що становить 2,8 відсотка населення України. Серед них – близько 200 тисяч інсулінозалежних (діабет 1-го типу) та 1 мільйон хворих на діабет 2-го типу. Але в країнах, що нас оточують, 6–7 відсотків діабетиків. Це свідчить про те, що нам треба виявляти випадки хвороби у групах ризику: в людей із ожирінням, гіпертонічною хворобою... Така сама ситуація і з щитоподібною залозою. Поки серйозно не займалися, люди не знали про наслідки її захворювання. Приміром, не вагітніє жінка – ну і не вагітніє. Труби продуваються, дивляться, як сперматозоїди бігають. А насправді це може бути гормональна проблема, і в жінки все складеться, якщо прийматиме певні гормони.

**– Чи є візуальні та внутрішні ознаки, що «галасують» про потребу негайно йти до лікаря? Наприклад, різке схуднення або,**



## Досяг

Микола ГУЛЬЧІЙ 1981 року закінчив Київський медичний інститут імені О. О. Богомольця. Під час навчання в субординатурі потрапив до відділення загальної хірургії, де оперували зоби. Вакантного місця для хірурга не було. А Гульчій конче хотів бути саме хірургом. Не на жарт захопився майбутньою справою життя. Усі нічні чергування були його. Оперував привезених на «швидкій». І все якось у нього ладно виходило. Розрив яєчника – зарадить пацієнтці. Пошкодження кишечника – також. Колеги помітили, що Микола вправно оперує, і почали продавати йому чергування. Кожне коштувало 8 карбованців. А гроші (за зарплати в 120 крб.) були потрібні. П'ять чергувань – аж 40 крб. Потім Миколу Гульчія забрали в стаціонар. А коли відкрилося відділення ендокринної хірургії, потрапив туди на роботу. Наприкінці 1980-х одну з нарад в міському партії, де також був присутній і Гульчій, відвідали американці. Вони запитали: як допомогти Україні, маючи на увазі нещодавню Чорнобильську катастрофу. Усі за столом мовчали. А Микола сказав, мовляв, є у вас в Америці клініка, що займається раками щитоподібної залози. І було б цікаво подивитися, що там роблять і як. Минув певний час. І групу наших медиків запросили-таки до Штатів – обмінятися досвідом. Микола Гульчій енергійно опановував англійську. І недарма. Під час професійного відрядження до США ознайомився, зокрема, з новітніми методами підготовки хірургів. Повернувся додому й вирішив: треба робити ендокринологічний центр! Це стало його ідеєю фікс. Із 1992-го Микола Гульчій обійняв посаду заступника голови департаменту медицини та соціального захисту населення КМДА, начальника Головного управління охорони здоров'я населення м. Києва, а згодом – заступника міського голови з питань медицини та соціального захисту населення. У 1994 році за ініціативою Миколи Васильовича було створено Київський міський центр хірургії та реабілітації хворих із патологією щитоподібної залози. А 1998-го лікар Гульчій стояв біля витоків Київської міської клінічної ендокринологічної лікарні. Й, нарешті, у 2007 році створив Київський міський клінічний ендокринологічний центр – унікальний сучасний медзаклад. Микола Васильович – автор 67 наукових праць і 15 винаходів, захищених патентами.

Допомагаючи ближнім, Микола Гульчій завжди керується постулатом Томаса Джефферсона: «Проповіддю мають бути наші життя, а не наші слова».



**навпаки, нарощування зайвої ваги, неможливість переносити спеку, перебувати в опалюваних приміщеннях, втомлюваність на порожньому місці...**

– Усе, що ви назвали, – саме ті симптоми. Захворювання щитоподібної залози можуть проявляти себе місцево – там, де власне залоза: вузол, як ми вже зазначали, тисне, не дає спати, їжа застрягає. А можуть і порушенням гормональних функцій. Коли, приміром, бракує гормонів. У кожній клітині ці гормони проводять реакцію зі спалювання жиру і білка. Якщо гормонів нормальна кількість, процес відбувається в оптимальному режимі. Якщо гормонів замало, унеможливується спалювання жиру і білка. Клітина не має енергії. Ознаки цього стану – слабкість, сонливість, набір ваги, набряки, сухість шкіри. Людина не здогадується, чому не має сил. Ніби й спала вночі, а ранком встає розбита. Може бути і зворотна ситуація. Коли гормонів забагато, жир і білок спалюються занадто активно. Людина втрачає вагу.

**– Миколо Васильовичу, інше гостре питання – інсулінозалежні діабетики. У нас досі не існує лояльної державної програми стосовно цих людей. Ті, хто не знає, про що йдеться, навіть не уявляють масштабів проблеми. Приміром, не знають про так звані помпи (пристосування для безшприцевих ін'єкцій). Придбання такої помпи коштує родині близько 6 тисяч доларів. Якщо таки її купили, треба дбати про «розходники» для неї (кожен – 1300 гривень). Є ще всілякі «смужки», голки для моніторингу цукру...**

– Думаю, помпи – надзвичайно прогресивна методика введення інсуліну та контролю за його введенням. Це справді дороге задоволення. Деякі громадські організації часом проводять акції із закупівлі помп. Проте задовольнити потреби всіх хворих, звісно, благодійники не можуть.

**– У західних країнах помпи видають безкоштовно...**

– Справді. Нашим діабетикам така перспектива світить лише за наявності певних фінансів у бюджеті.

**– Ви вірите, що таке буде?**

– Усі живуть надіями. І я в тому числі. Лікарі зацікавлені в такому ході подій. Держава виділяє гроші на закупівлю інсулінів, тестувальних засобів із визначення рівня цукру для дітей до 18 років і вагітних жінок. Решта хворих не фінансується. Це справа майбутнього... Для лікарів і для держави нині дуже важливий реєстр хворих на цукровий діабет. Він потрібен як з економічного погляду, так і для планування потреби в інсулінах на певний рік, для контролю за компенсацією хворого. На координаційній раді при МОЗ, куди входять спеціалісти-ендокринологи, ми відпрацювали оперативний реєстр. Віддали його в Центральне статистичне управління. Також розіслали обласним управлінням охорони здоров'я, щоб усі вели реєстр за цією формою й можна було його зробити централізованим.

Інший прогресивний крок – створення шкіл соціальної адаптації для діабетиків. Торік відкрили в Києві п'ять таких шкіл.

**– І що, туди охоче йдуть?**

– Треба людину вчити. Має повинна знати, що їсти, що колоти, як і скільки. Групові контакти – дуже важлива річ. Відвідувачі цих шкіл обмінюються між собою інформацією. Це як на футболі: всі кричать, і ти кричиш.

**– Чи збільшилася останнім часом кількість інсулінозалежних дітей?**

– Не сказав би. У нас у країні в середньому 8 тисяч таких. Але багато дітей з ожирінням, що призводить до діабету. Молода людина нищить свою підшлункову харчуванням, інтоксикаціями. Бета-клітини, які продукують інсулін, знаходяться в підшлунковій залозі. Діабет 1-го типу пов'язаний із тим, що підшлункова залоза не виробляє або виробляє дуже мало інсуліну. Діабет 2-го типу – це коли підшлункова залоза інсулін виробляє, але він не може потрапити в жирову клітину й утилізувати цукор.

**– Ви щодня оперуєте чимало людей із аномаліями ендокринної системи. Нерідко це – ракові хворі. Таких упродовж дня не один і не два...**

– З-поміж усіх оперованих приблизно 40 відсотків – ті, хто має рак щитоподібної залози. Решта – хворі з великими вузлами, стисненням, фолікулярними аденомами. Завжди намагаюся думати лише про те, як зарадити пацієнтові. Він прийшов до мене по допомогу, а отже, ми з ним в одній зв'язці. У нас із ним одна спільна справа. Тому досить рідко відволікаюся на сторонні речі. І саме тому страшенно не люблю нарад. Це марнування часу. Кажу своїм співробітникам: ви приходите на роботу, щоб лікувати хворих, а не сидіти на нарадах. Коли людина на нараді, вона не лікує пацієнтів. Кожен має робити свою справу й не заважати колегам. Якщо потрібно з кимось порадитися, то це треба робити один на один. Є певна тема для розмови? Вона не для всіх. Поговорили вдвох, щось вирішили, і – вперед, до своїх обов'язків. Це і є демократичний стиль керування. Є, звісно, авторитарний: ти мило поклала? ти скільки мила писала? До такого не дозволяю собі опускатися.

**– У вашій родині всі лікарі.**

– Так, у мене чудова родина медиків. Дружина Олеся Петрівна – доктор медичних наук, професор, проректор Національного медуніверситету імені О. О. Богомольця, вона член постійного комітету Європейського регіонального бюро ВООЗ. Також є завідувачем кафедри менеджменту охорони здоров'я (така кафедра єдина в Україні). Дочка Мар'яна – докторант Каролінського інституту (Швеція), спеціалізація – ендокринна гінекологія. Наступного року захищатиме дисертацію на ступінь доктора філософії в акушерстві та гінекології. В Україні вона вже захистила дисертацію та є кандидатом медичних наук. У Швеції Мар'яна познайомилася зі своїм чоловіком, він теж з України, ендокринний хірург. Ми спільно займаємося дослідженнями. Там є, де досліджувати, а в нас є, що досліджувати. Як підсумок – численні публікації, зокрема з генних змін у післячорнобильських раках.

**– Як захищаєтеся від енергетичного негативу, що супроводжує операцію? Чи є у вас панацея від цього впливу?**

– Після кожної операції – холодний душ. Коли маю можливість плаваю. Моя сім'я теж любить плавати, особливо дружина. Узимку – лижі. А ще маю дуже доброго kota – шотландського висловухого, такого собі «плюшика». Він добряче знімає стрес. Є в мене й вівчарка, яка страшенно любить водні процедури.

Розмову вела  
Ольга КЛЕЙМЕНОВА.  
Фото Ольги ПРОКОПЧУК.



Фото з сімейного архіву Миколи ГУЛЬЧІЯ.