



В.І. Попович

доктор медичних наук, професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Оториноларингологія», завідувач кафедри оториноларингології та офтальмології з курсом хірургії голови і шиї Івано-Франківського національного медичного університету

Загальновідомо, що людина отримує інформацію про навколишній світ за допомогою органів чуття: слуху, нюху, смаку, дотику, рівноваги (орієнтації тіла в просторі), зору, які передають її в головний мозок для аналізу, забезпечуючи в подальшому реакції органів і систем організму. Ніс разом із навколососовими пазухами, вухо, гортань, глотка, забезпечуючи більшість цих відчуттів, функціонують як єдине ціле з організмом, а патологія будь-якого ЛОР-органа може вплинути на стан інших його систем. Захворювання ЛОР-органів, так чи інакше, призводять до розладів їх функцій і тому повинні розглядатися не лише з точки зору загальної патології, а й як причини, що зумовлюють появу порушень якості життя та індивідуального розвитку людини. Проте оториноларингологія чомусь рідко розглядається як пріоритетна галузь у медицині.

*Прокладаючись вранці, запитай себе: «Що я повинен зробити?»
Увечері, перш ніж заснути: «Що я зробив?»*

Піфагор

«Крок за кроком ми маємо йти до Європи, постійно підвищуючи планку надання якісної оториноларингологічної допомоги і рівня професійної освіти...»

Про ці та інші проблеми галузі ми ведемо бесіду з головним позаштатним спеціалістом МОЗ України зі спеціальності «Оториноларингологія», завідувачем кафедри оториноларингології та офтальмології з курсом хірургії голови і шиї Івано-Франківського національного медичного університету, доктором медичних наук, професором Василем Івановичем Поповичем.

? Василю Івановичу, які проблеми, на Ваш погляд, сьогодні насамперед хвилюють оториноларингологів?

— Традиційно клінічна медицина завжди розглядається з точки зору того, що є захворювання, яке викликає певні симптоми і яке потрібно вилікувати. Оториноларингологія — наука особлива, оскільки завдяки ЛОР-органам ми відчуваємо запахи, чуємо, дихаємо, частково відчуваємо смак, орієнтуємося в просторі (саме ці органи відповідають за роботу вестибулярного апарату), реагуємо на подразники. Будь-яке порушення функцій ЛОР-органів при їх захворюваннях неминуче впливає на якість життя хворого. На жаль, у суспільстві побутує думка, що тяжкість групи захворювань визначається не показником якості життя, а високим рівнем смертності. На мою думку, це неправильно: люди, які мають низьку якість життя, не можуть повною мірою реалізувати свої функції як члена суспільства, як особистості.

? Оториноларингологія — наука міждисциплінарна. Як Ви оцінюєте рівень партнерства й активність співпраці оториноларингологів та інших фахівців, задіяних у лікуванні хворих з ЛОР-патологією (сімейних лікарів, педіатрів, дитячих хірургів та ін.), з позиції головного спеціаліста галузі?

— На жаль, на сьогодні не можна стверджувати про високу продуктивність спільних зусиль. Часто лікарі суміжних спеціальностей займаються одноосібним веденням хворих із оториноларингологічною патологією, особливо гострою, але при цьому виникає ситуація, коли ліквідація клінічної симптоматики не забезпечує нормалізації високоспеціалізованих функцій ЛОР-органів та якості життя пацієнта. Партнерство, взаємодія, спільна активність сімейних лікарів, педіатрів та ЛОР-спеціалістів є вкрай необхідними, проте, враховуючи краще розуміння специфіки захворювань із точки зору максимального відновлення функцій ЛОР-органів і забезпечення якості життя, домінуючою ланкою у вказаному механізмі повинні залишатися саме оториноларингологи.

На мій погляд, головне завдання наших колег полягає в забезпеченні адекватного початкового лікування (так званої стартової терапії) та усунення загальних симптомів запалення (нормалізації температури тіла, загального стану, значень аналізу крові та ін.) з подальшим обов'язковим залученням оториноларинголога. Ще раз наголосую: між ліквідацією патологічних проявів та високою якістю життя не можна ставити знак рівності.

? Яким чином, на Вашу думку, можна регламентувати права та обов'язки лікарів різних спеціальностей? Їх має адміністративно визначити Міністерство охорони здоров'я чи слід керуватися локальними протоколами, які дозволять чітко розподілити функції і відповідальність спеціалістів?

— Згідно з конституційними правами, громадяни України повинні отримувати належний рівень медичної допомоги незалежно від місця проживання і фаху лікаря, до якого звернувся пацієнт. Наприклад, у разі гострої патології ЛОР-органів пацієнт з рівним ступенем вірогідності може звернутися до сімейного лікаря, терапевта, педіатра або оториноларинголога. На мій погляд, забезпечити отримання однакової за якістю первинної медичної допомоги (незалежно від того, якого за фахом лікаря відвідав пацієнт) можна лише шляхом створення уніфікованого протоколу лікування.

Що стосується локальних документів, існує так званий клінічний маршрут пацієнта. У цьому аспекті необхідно чітко визначити роль і місце кожного лікаря, включаючи оториноларинголога. У разі захворювання, особливо гострого, при первинному огляді хворого терапевт чи сімейний лікар відповідно до встановленого діагнозу повинен призначити уніфіковану, тобто стандартну, схему лікування, звичайно, з урахуванням індивідуальних особливостей. Якщо подальший перебіг захворювання у пацієнта відносно типовий і досягти одужання вдається у визначені терміни, то питання про необхідність консультації ЛОР-спеціаліста визначається потребою в подальшому диспансерному спостереженні за пацієнтом, наприклад у разі частих респіраторних захворювань. Якщо терапевт або сімейний лікар визначають перебіг захворювання як нетиповий, тобто наявна якась не зовсім характерна для цього захворювання симптоматика чи динаміка захворювання не відповідає стандартним термінам, тоді консультація профільного спеціаліста є обов'язковою. За умови універсального підходу до стартового лікування

з боку всіх фахівців набагато легше встановити, чим саме зумовлені особливості захворювання.

Тому сьогодні створюється міждисциплінарна група з розробки стандартів лікування гострих запальних захворювань носа, вуха, горла і глотки, до складу якої ввійдуть педіатри, сімейні лікарі, терапевти та інші спеціалісти. Її діяльність буде в основному сфокусована на підготовці єдиного підходу до стартового лікування пацієнта оториноларингологічного профілю.

? Можна розробити ідеальну схему, яка передбачає виконання протоколу лікування у повсякденній практиці, проте це не завжди «спрацює» на рівні конкретного лікувального закладу... Як стимулювати лікаря виконувати настанови?

— Згідно з існуючою практикою, це здійснюється через планові вибіркові перевірки чи при розгляді скарг. Але це не вихід зі становища, оскільки так не можна робити системні висновки про роботу певного спеціаліста. Сучасні реалії потребують розробки нових підходів до організації і, відповідно, до контролю професійної діяльності лікарів. На мій погляд, тут повинен діяти один із принципів медичного самоврядування, коли оцінку роботи лікаря, його атестацію здійснює фахова асоціація, членом якої він є. Нову схему роботи повинні розробити головні позаштатні спеціалісти спільно з головами фахових асоціацій з урахуванням того, що у професійній діяльності вертикаль не може бути суто адміністративною. Вона повинна бути фаховою і передбачати взаємодію керівних органів та профільних асоціацій. Головний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я разом із головними спеціалістами на місцях як представники держави повинні забезпечувати розробку та затвердження документів, що регламентують організаційні засади діяльності служби, протоколів, стандартів лікування, а також аналізувати роботу закладів охорони здоров'я за своїм напрямом, тобто бути «державним оком» у спеціальності.

Голова української фахової асоціації через діяльність голів асоціацій на місцях (а це найбільш відомі й авторитетні представники тієї чи іншої спеціальності) аналізує роботу членів асоціації, оцінюючи таким чином реальне втілення вимог протоколів і стандартів лікування. Аналіз роботи конкретного лікаря фахівцями аналогічного профілю дасть реальну оцінку його діяльності.

Хто, як не колеги-професіонали, може краще знати про всі досягнення і недоліки роботи кожного лікаря свого фаху, тим більше коли вони працюють пліч-о-пліч? І тут не йдеться про покарання винного, а, швидше за все, про рекомендації, настанови більш досвідчених фахівців. Упевнений, що подібне нововведення сприяло б підвищенню рівня відповідальності та професійної майстерності. Це, до речі, є одним із напрямів реформи медичної сфери.

У контексті сказаного і головний спеціаліст, і голова професійної асоціації також повинні забезпечити належний рівень інформованості, тобто належний рівень освіти фахівців – членів професійної асоціації. Таким є моє бачення моделі сучасної управлінської медичної фахової вертикалі.

Погодьтеся, освітній аспект є одним із найголовніших на шляху розвитку галузі охорони здоров'я в будь-якій державі. Підготовка лікаря починається зі студентської лави і триває протягом усього свідомого життя. Ви виконували функції завідувача кафедри, маєте звання професора, безпосередньо контактуєте зі студентами, лікарями. Які заходи щодо оптимізації підготовки медичних кадрів на сучасному етапі є найбільш результативними?

– Освітній аспект є чи не найважливішою ланкою, пов'язаною з якістю лікування. Завдяки зусиллям державних і приватних структур на сьогодні в Україні забезпечується достатньо високий рівень діагностики. Для всіх без винятку доступні найсучасніші лабораторні, радіологічні та інші методи. Але, на жаль, досить часто якість лікування не відповідає високим діагностичним можливостям. Це не пов'язано з тим, хороші у нас чи погані лікарі (вони всі хороші), а важливими є рівень та якість післядипломної освіти.

Чому навіть успішні студенти через кілька років перетворюються на посередніх малоосвічених лікарів? Необхідність реформування системи безперервної медичної професійної освіти в Україні з урахуванням європейського досвіду назріла вже давно. Медична наука розвивається так швидко, що лікар не встигає проаналізувати навіть головну інформацію. На сьогодні принцип підвищення професійної освіти забезпечується в основному навчанням лікарів на передатестаційних циклах та циклах тематичного удосконалення, рідше – відвідуванням різноманітних конференцій. Усе це відбувається досить рідко, оскільки потребує певних фінансових затрат, вільного часу та відриву від основної діяльності. Ефективною альтернативою є дистанційна освіта, причому з використанням як електронних ресурсів, так і друкованих видань, включаючи доступну медичну пресу. У такий простий спосіб навіть до лікарів з віддалених регіонів можна донести найсучаснішу інформацію, забезпечити належний рівень інформованості наших спеціалістів, у тому числі щодо уніфікованих клінічних протоколів.

Клінічні протоколи представляють собою компіляцію, квінтесенцію сучасних знань і бачення патології з точки зору доказової медицини. А як щодо питань зворотного зв'язку зі спеціалістами, яким, власне, ці протоколи й адресовані?

– Інакше кажучи: інформацію до лікаря ми донесли, а от чи вона сприйнята і чи використовується в практичній роботі? Саме з метою оцінки ступеня оволодіння теоретичними знаннями можна впровадити таке ж ліцензоване тестування, подібне до ліцензійного екзамену КРОК, у тому числі дистанційне (сьогодні технічні можливості це дозволяють), а практичне втілення цих знань у повсякденну роботу оцінити через аналіз у рамках діяльності професійної асоціації.

Як відомо, КРОК-1 і КРОК-2 призначені для визначення рівня знань студентів, КРОК-3 – інтернів. Аналогічне незалежне тестування має стати методикою визначення рівня знань лікарів щодо офіційно прийнятих в Україні стандартів лікування, лише за умови позитивного його результату спеціаліст допускатиметься до атестації. Таким чином, теоретичний рівень знань фахівця буде перевірятися за допомогою тестування, давати оцінку його професійній діяльності як реалізації цих знань на практиці буде фахова асоціація. Коли обидва показники будуть високими, лікар отримає відповідну категорію. Таким чином, ми зможемо наблизити рівень практичної медицини до рівня сучасних знань і навпаки.

На мій погляд, такий підхід є одним із основних етапів переходу до страхової медицини, основною запорукою ефективної роботи якої є знання стандартів і протоколів. Адже, коли, наприклад, в Івано-Франківську лікують за одним принципом, у Львові дотримуються інших поглядів, а в Києві обирають принципово відмінні стратегії, про загальнодержавну і загальнодоступну страхову медицину не може бути й мови.

Проте нестандартний індивідуальний підхід у будь-якому випадку має залишатися, оскільки не всіх хворих можна лікувати, використовуючи стандартні технології.

Але це вже йдеться про особливо складні методики лікування, які можуть здійснити лише науково-дослідні інститути чи потужні наукові школи на місцях.

Наведу типовий приклад. Якщо в розроблених міждисциплінарною групою протоколах, переданих на розгляд фахових асоціацій, експерти виявляють певні недоліки, яким буде їх подальший шлях?

– Звичайно, головні спеціалісти будуть аналізувати пропозиції й удосконалювати протоколи згідно з побажаннями фахівців, але обов'язково базуючись на засадах доказової медицини, оскільки це на сьогодні практично єдиний об'єктивний показник ефективності схем чи методик, рекомендованих для лікування тієї чи іншої патології. У цьому проясляється демократизм взаємовідносин та колегіальність у медицині, принцип «Я сказав!» тут не спрацює. Слід в усіх питаннях досягати консенсусу саме на такій основі. У подальшому він стане точкою опори в практичній діяльності та налагодженні професійної взаємодії.

Багато представників медичної спільноти і, власне кажучи, суспільство потребують активного розвитку державно-приватної медицини. Який Ваш погляд на це питання в розрізі оториноларингології?

– Там, де панує державний монополізм, ніколи не досягнути високої ефективності. Це загальновідома формула. Тому недержавну, в тому числі приватну, медицину я б розглядав як засіб створення конкурентного середовища в медицині. Наявність конкурентних відносин є ще однією обов'язковою умовою переходу до страхової медицини. Коли існує страхова компанія і у неї є реальний вибір тільки між державною, обласною, міською чи іншого рівня, але також державними лікарнями, що пропонують аналогічний за переліком та якістю спектр послуг, то фактично вибір як такий відсутній. Якщо на цьому полі діяльності функціонуватимуть інші, тобто недержавні, а в тому числі і приватні структури, вони створюють конкурентне середовище (незалежно від того, гіршим чи кращим буде їх професійний рівень). Зате конкуренція стимулюватиме розвиток, а у страхових компаній з'явиться альтернатива.

В якості яскравого прикладу можна представити стоматологію. Ще 20 років тому в галузі стоматології існували значні труднощі як щодо доступності лікування, так і щодо питань естетики, комфорту, оснащення. Коли на території України з'явилася недержавна, в тому числі приватна, стоматологія, всі проблеми були ліквідовані. Нині успішно функціонує збережена державна служба надання стоматологічної допомоги населенню, а паралельно працюють приватні стоматологічні заклади, які теж забезпечують належний рівень допомоги. І сьогодні навіть на рівні невеликого районного містечка стоматологічна служба характеризується достатньо високою якістю надання послуг. І, до речі, працівники і державних, і приватних закладів є членами професійної асоціації.

Другий приклад. Нещодавно в Івано-Франківську відбулося відкриття недержавного медичного центру, де використовують найсучасніші методики лікування кардіологічних захворювань, включаючи стентування, шунтування, проводять операції на відкритому серці, які доступні далеко не у всіх державних закладах. Такі ростики мають існувати. До речі, саме фахові асоціації зможуть контролювати процес, беручи участь у виданні ліцензії.

Вам як головному спеціалісту довелося побувати в різних регіонах України. З якими проблемами, питаннями звертаються до Вас практикуючі лікарі на місцях?

– Як не дивно, головною проблемою оториноларингологів є те, що спеціальність активно ділять між сімейними лікарями, педіатрами і т. д. Тому не буду повторюватися, зупинюся лише на ключових питаннях. Свого часу скринька Пандори була відкрита, можливість зачинити її я бачу лише в створенні уніфікованих протоколів, які б визначали однакові підходи до стартового лікування і критерії його оцінки, і, відповідно, в роботі фахових асоціацій.

Друге важливе питання: невизначені правила гри в самій спеціальності. Медична допомога надається на 3 рівнях – первинному, вторинному, третинному. Часто лікарі першої чи вищої категорії стикаються з тим, що в обласній лікарні, не можна здійснювати певні маніпуляції, які регламентуються як допомога первинного або вторинного рівня, наприклад, виконувати тонзилектомію; такий розподіл клініцистам незрозумілий.

Досить актуальним є питання щодо недержавної, в тому числі приватної, медицини: коли вона буде дозволена офіційно, а не формально? Я впевнений, що про розвиток такого типу медицини з державної точки зору слід думати вже сьогодні.

Що стосується професійних функцій оториноларингологів, то всіх обурюють погано організовані виїзні медичні

огляди, коли лікарю доводиться залишати прийом, хворих, їхати в регіон, а в результаті формального підходу ефективність цих виїздів дуже низька. Причому всі відмічають, що робота ця необхідна, але її цінність нівелюється поганою організацією.

Таке питання, як самоврядування на місцях, є актуальним?

– Якраз це питання не стоїть гостро, оскільки переваг процесу самоврядування лікарі поки що не відчувають. Домінують радянська система суворого підпорядкування і концепція, що лікар завжди винен як з точки зору пацієнта, що чимось незадоволений, так і з позиції адміністрації.

Самоврядування є одним із механізмів демократичних відносин у рамках якоїсь окремої спеціальності або медицини в цілому. І якраз робота фахових асоціацій певною мірою слугуватиме захисником лікарів. Сподіваюся, коли вони відчують, що існує дієвий механізм захисту і допомоги їм у різноманітних, іноді скрутних ситуаціях, відношення до нових реалій життя буде іншим. Основною умовою залишається одна – працювати відповідно до сучасних вимог.

На жаль, сьогодні асоціації у більшості випадків відіграють формальну функцію...

– З одного боку, так, з іншого – певні зрушення все ж таки є, зокрема в галузі оториноларингології, адже фаховою асоціацією керує великий ентузіаст, розумний і досвідчений керівник, академік Д.І. Заболотний, який надзвичайно вболіває за спеціальність. Оториноларингологи України вже багато років об'єднані професійною асоціацією, причому не формально. В якості прикладу знову звернуся до рідного Івано-Франківська, де створено Пленум обласної асоціації, в склад якого входять провідні авторитетні оториноларингологи. Лікар, який планує проходити атестацію, передає свою атестаційну справу для ознайомлення за місяць до її проведення. Його звіт складається з двох блоків: містить звіт про діяльність оториноларингологічної служби району або поліклініки та показники особистої роботи, причому обов'язковою умовою є належний рівень оволодіння сучасними методиками. Якщо дані обох блоків задовольняють провідних фахівців, ситуація розцінюється як сприятлива, надаються рекомендації Департаменту охорони здоров'я щодо категорії спеціаліста. Якщо не задовольняють, то рекомендації носять інший характер. Наприклад, спеціаліста, на який претендує на певну, особливо високу категорію, але має недостатній рівень оволодіння сучасними методиками, Пленум рекомендує попрацювати та повчитися ще. Такі засідання вже стали звичною практикою, департамент охорони здоров'я завжди прислухається до наших рекомендацій, і ми цим пишаємося. З іншого боку, членам асоціації надається допомога, причому як у професійних, так і суто життєвих питаннях. Вважаю, що в такому напрямі бажано рухатися й іншим.

Василію Івановичу, я знаю, що у Вас як головного спеціаліста є ще одна мрія...

– Так, Ви певно маєте на увазі адекватне визначення нашої спеціальності? Справа в тому, що оториноларингологія як медична спеціальність має таку назву лише на пострадянському просторі. У всьому світі наша спеціальність іменується як оториноларингологія і хірургія голови та шиї (Otolaryngology – Head & Neck Surgery). Сьогодні українська оториноларингологія опанувала такі види хірургічної допомоги, які можна віднести тільки до хірургії голови та шиї. Це кохлеарна та стовбурова імплантація, черезносний хірургічний доступ до основи черепа та слізних шляхів, видалення новоутворень краніофасіальної локалізації, оперативні втручання при органних та позаорганних ураженнях шиї, особливо тих, що потребують збереження функцій основних шийних судинно-нервових структур, пластичні та реконструктивні оперативні втручання на голові та шиї і т. д. Міжнародне визнання досягнень вітчизняної оториноларингології послугувало підставою для включення Української асоціації оториноларингологів до складу Європейської та Світової федерації оториноларингології і хірургії голови та шиї.

Нещодавно я успішно прооперував 4-річну дитину із саркомою крилопіднебінної ямки. Батьки звернулися до мене саме як до хірурга голови та шиї, адже від виконання втручання, мотивуючи недостатнім знанням особливостей цієї зони, відмовилися хірурги, нейрохірурги, стоматологи. І таких складних випадків в Україні багато. І я гордий тим, що єдина кафедра в Україні, що має саме таку назву, знаходиться в Івано-Франківську. Сподіваюся, що в майбутньому ситуація зміниться на краще.

Підготувала **Ельвіра Сабадаш**

Р.С. У 2015 р. рубрика «Сторінка головного спеціаліста» буде продовжена у тематичному номері «Пульмонологія, алергологія, риноларингологія». Запрошуємо до обговорення спеціалістів: popovychvasyl@gmail.com або zu@health-ua.com