

АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ: «ПРО НАДМІРНЕ ЛІКУВАННЯ, БЕЗ ЯКОГО МОЖНА ОБІЙТИСЯ»

Укладач А.М. Кравченко д. м. н., завідувач наукового відділу внутрішньої медицини Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ, Україна

Нещодавно в MedScape (Physicians of the Year 2019: Best and Worst) була опублікована інформація про найкращих і найгірших лікарів 2019 року. Серед низки лікарів та вчених, кого відзначили у списку найкращих були: Мохаммед Абдул-Мугни, який боровся з епідемією холери в Ємені, Генрі Лінч – перший дослідив спадкову форму колоректального раку, яку назвали «синдром Лінча», Дональд Ліндберг – попередній директор Національної медичної бібліотеки отримав титул «Головний державний діяч країни по компютерам і медицині» за внесок у розвиток компютерних технологій в системі охорони здоров'я, включаючи створення PubMed і надання безкоштовного доступу до результатів клінічних випробувань (ClinicalTrials.gov) та багато інших. Разом з тим, до списку найгірших лікарів увійшли понад 50 лікарів однієї з Чикагських лікарень, які були звільнені за порушення лікарської таємниці, окремі лікарі за шахрайські злочини в т.ч. Джозеф Галічія – лікар-кардіолог, який дав згоду заплатити 5,8 млн. дол. США за зняття обвинувачень у тому, що він і його медична група «Galichia» виставили рахунки за процедури стентування, які були непотрібні.

З розвитком медичних технологій і збільшенням у популяції частки осіб з мультиморбідною патологією питання вибору методу лікування і пріоритетності, послідовності застосування кожного з методів стає все більш складним. Далеко не всі сучасні хірургічні та ендоваскулярні методи лікування застосовуються при життєво небезпечних станах і з метою збільшення тривалості життя. У пацієнтів з множинною патологією особливо важко визначити співвідношення користі і ризику. Про актуальність цієї проблеми свідчать і нещодавно опубліковані результати наукових досліджень. Так, у листопаді 2019 року в «American Journal of Medicine», (doi: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.11.010>) представлені результати дослідження ISCHEMIA, яке показало, що інвазивний підхід до пацієнтів з ішемічною хворобою серця від помірного до тяжкого ступеня істотно не знижує сукупну кінцеву точку інфаркту міокарда, серцево-судинної смерті, госпіталізації з приводу нестабільної стенокардії або серцевої недостатності і зупинки серця в порівнянні з консервативною медичною стратегією.

Кінцеві точки інфаркту міокарда, смерті від серцево-судинних захворювань і смерті від усіх причин також не розрізнялися між групами лікування. На думку вчених це дослідження може змінити кардіологічну практику і надає суспільству новий важливий спосіб зрозуміти атеросклеротичну хворобу серця. Нагадаємо, що і до отримання результатів ISCHEMIA були окремі дослідження, які не показали зниження частоти інфаркту міокарда або смерті при застосуванні інвазивної стратегії при умові проведення оптимальної медикаментозної терапії. В дослідження ISCHEMIA включали пацієнтів зі значними клінічними проявами ІХС, які в реальному житті, як правило, направляються в лабораторію катетеризації для проведення процедури реваскуляризації. Науковці також відзначили, що у пацієнтів із атеросклеротичним ураженням трьох коронарних артерій частота випадків вище, ніж у пацієнтів із стенозом однієї артерії, але і у них жодних переваг інтервенційного підходу не було виявлено. Дослідження ISCHEMIA показує, що застосування комплексної медикаментозної терапії, яка застосовується при ІХС і включає модифікацію способу життя, прийом основних груп медикаментів і відмова від куріння є ефективним. Понад 95% пацієнтів похилого віку з коронарною хворобою були живі упродовж періоду спостереження більше 3 років. Результати даного дослідження ISCHEMIA не означають, що застосування стентів і проведення операцій АКШ не грають ніякої ролі. Це лише означає, що при лікуванні хронічної ішемічної хвороби серця, на першому етапі оптимальним є застосування комплексу заходів, що включає боротьбу з основними факторами ризику та медикаментозного лікування захворювання, при цьому більшість пацієнтів мають хороші результати (<http://www.webcardio.org>).

Сьогодні Україна знаходиться на етапі реформування системи охорони здоров'я, змінюються механізми фінансування галузі, її структура і підходи до надання медичної допомоги на різних рівнях. В останні роки широко впроваджуються інтервенційні та оперативні методи лікування ІХС і перш за все, гострого коронарного синдрому, що безумовно є великим досягненням вітчизняної кардіології. Разом з тим, багаторічний досвід, результати наукових досліджень

та аналіз літературних джерел, які присвячені проблемі застосування високотехнологічних методів лікування, їх вартості, ефективності та доцільності застосування, що проведені у високо розвинутих країнах, вказують на низку проблем на які слід звернути увагу та запобігти повторенню помилок і необґрунтованих фінансових витрат.

Про актуальність цієї проблеми йдеться у виступі видатного американського кардіолога Бернарда Лауна, який народився 7 червня 1921 року в родині рабина у Литві, а в 1935 р. сім'я переїхала в США, де він вивчав медицину в найпрестижніших університетах. Він винайшов дефібрилятор на постійному струмі та кардіовертер, виявив протиаритмічні властивості лідокаїну і впровадив ці ліки в кардіологічну практику. Результатом його досліджень стали багато нововведень в медицині, зокрема, створення коронарних відділень в лікарнях. Його роботи зробили можливими і безпечними сучасну кардіохірургію. У 1985 р. Б. Лаун спільно з Є. І. Чазовим отримав Нобелівську премію світу за створення ними організації «Лікарі світу проти атомної війни». Нижче наводимо переклад його виступу в 2012 році на конференції «Про надмірне лікування, без якого можна обійтися». Враховуючи майже 70-ти річний досвід лікарської практики вченого, багато його думок, висновків та порад будуть корисними для молодих лікарів.

Ось про що говорив Б. Лаун: «З самого початку своєї медичної кар'єри я боровся з загальноприйнятою системою охорони здоров'я. Моя опозиція частково була викликана надмірним лікуванням. Прагнення до непотрібних втручань видається мені свого роду незаконнонародженою дитиною технологічного прогресу в наше століття ринкової медицини». Враховуючи, що півстоліття тому надмірне лікування було «струмочком», то зараз це «повноводна ріка». Уперше непотрібне і тому надмірне лікування, з яким я зустрівся в свої молоді роки, не було пов'язано з технологічним прогресом. Воно полягало в найсуворішому постільному режимі упродовж 4-6 тижнів для пацієнтів з гострим інфарктом міокарда. Це можна було порівняти з середньовічними тортурами. Воно сприяло виникненню депресії, пролежнів, важких запорів, флебітів, смертельної легеневої емболії і багатьох інших ускладнень. Що було ще гірше, воно збільшувало ішемію серця і сприяло виникненню зловиясних серцевих аритмій. Лікарі усвідомлювали ці небезпеки, але вважали, що треба захистити пацієнтів від розриву серця, який може виникнути від надмірної активності.

Чудовий клініцист госпіталю Бригама в Бостоні С. А. Левайн (S. A. Levine), мій учитель і наставник, був переконаний, що хворі будуть краще одужувати, якщо утримувати їх в комфортабельних кріслах. Але він не був готовий порушити сформовану практику.

За його ініціативи в 1951 році я почав таке дослідження. Спочатку персонал лікарні був категорично проти. Мене навіть жартівливо вітали нацистським салютом «Sieg Heil Hitler!». Але незабаром вони стали моїми завзятими прихильниками. Поліпшення було вражаючим. Смертність в госпіталі від гострого інфаркту зменшилась більш, ніж на половину, зменшилася депресія, легеневі емболії зникли майже зовсім, термін перебування пацієнтів у лікарні помітно скоротився, реабілітація і повернення на роботу стали проходити швидше. Я не знаю жодного кардіоваскулярного заходу, який з тих пір так би покращив результати лікування ішемічної хвороби серця, як ця зміна, викликана простим здоровим глуздом. У 1952 році ми опублікували дві статті про наші результати. Вони не викликали жодного коментаря — краще просто забути про ганебну оману. Зауважу, просто як примітка до всієї цієї історії, що не має найменшого доказу на користь надмірно тривалого постільного режиму.

Усвідомлення того, що нові технології стимулюють надлишкове лікування прийшло разом з введенням в практику імплантації водіїв ритму в 1960-х роках. У порівнянні з колегами, я імплантував в три рази менше та інактивував приблизно таку ж кількість. Втім, водій ритму був дрібницею в порівнянні з тим, що було потім.

Проблема надмірного лікування стала круто наростати після того, як Фаволоро в Клівленді клініці відкрив нові горизонти, здійснивши коронарне шунтування. За ним були нові технічні інновації, спочатку ангіопластика, а потім і стентування вільцевих артерій. За 30 років, що минули з публікації Фаволоро, число ревааскуляризації перевищило за один мільйон. Нині більшість молодих кардіологів з новеньким дипломом є завзятими прибічниками хірургічних способів лікування.

Проте в той же самий час відбулися значні зміни в медикаментозному лікуванні коронарної хвороби. Я маю на увазі впровадження ефективних гіпотензивних засобів в 1940-ві роки, створення бета блокторів на початку 1960-х, а потім з'явилося все більше ефективних засобів, що знижують ліпіди крові. Величезним прогресом було встановлення факторів ризику, що сприяють прогресуванню коронарної хвороби, які пов'язані, в першу чергу, зі способом життя. У розумному суспільстві профілактична медицина повинна фінансуватися в першу чергу і бути в центрі уваги лікарів. Замість цього колосальні грошові потоки потекли в бік нових технологій. Стрімке збільшення числа ревааскуляризації не спирається на досить надійні клінічні докази. Перше рандомізоване дослідження CASS опубліковане через 16 років після Фаволоро, зовсім не підтримало ентузіазм і звуки переможних труб інтервенціоністів. Але замість того, щоб притримати

безвідповідальну і надмірну активність, ескалація коронарних втручань продовжилась.

Виправдання реваскуляризації засноване на твердженнях, які обґрунтовують зменшення смертності, зменшення числа інфарктів міокарда та покращення якості життя. До кінця 1960-х років я з'ясував, що у більшості пацієнтів ішемічна хвороба серця є стабільним станом і не вимагає ні термінової реваскуляризації, ні навіть планової. Я був впевнений, що дослідження цієї проблеми буде ускладнено, якщо пацієнт госпіталізований. Тому я заснував клініку Лауна. Майже відразу ж ми почали дослідження. Ми збиралися рандомізувати хворих, які зазнали ангіографії на групу, що підлягає реваскуляризації, і на групу лікарської терапії. Але дослідження довелося перервати ще до того, як воно почалося. Після того, як лікарі-інтервенціоністи і всі співробітники повідомляли в похмурих фарбах пацієнту про жакливу анатомію його коронарних судин, кожен хворий наполягав на оперативному лікуванні. Коронарна ангіографія виявилася свого роду направляючою лійкою для інтервенцій. Її головним завданням було показати хірургу де знаходиться звужена коронарна артерія. Для того, щоб зменшити число коронарних втручань, слід було обійтися без коронарної ангіографії. Ми вирішили довго спостерігати за пацієнтами з множинними ураженнями коронарних судин, не вдаючись до коронарної ангіографії. Упродовж наступних 35 років ми опублікували 4 дослідження, що включили близько однієї тисячі пацієнтів в солідних медичних журналах. Результати виявилися на дивовижно стабільними. Серйозні серцеві епізоди траплялися виключно рідко, річна смертність дорівнювала приблизно 1,0%. Ми направили на реваскуляризацію в епоху шунтування 1,1% хворих на коронарну хворобу в рік, а в епоху стентування близько 5%. Оскільки більшість наших пацієнтів приходили до нас з метою, щоб отримати другу думку, то майже всі вони зазнали б реваскуляризації. Я повторю ще раз. Упродовж будь-яких 5 років ми направили на реваскуляризацію менше, ніж 30% хворих з множинним ураженням коронарних судин. Наше консервативне лікування було індивідуалізованим. Ми наполегливо боролися з факторами ризику. Ми стимулювали оптимізм. Ми займалися соціальними і сімейними проблемами. Ми обговорювали значні психосоціальні стреси. Ми мінімізували направлення пацієнтів до інших фахівців. Головне, лікарі витрачали багато часу на вислуховування, сприяючи, таким чином, довірі і прихильності до наших порад зі зміни стилю життя. Ми намагалися зробити якомога більше для хворої людини і якомога менше з самим пацієнтом. Зазвичай кажуть, що важливою причиною, яка змушує лікарів вдаватися до надмірного лікування є страх перед юридичним переслідуванням. Клініка Лауна з її мінімалістською стратегією повинна була б бути завалена судовими позовами,

оскільки ми часто відхилялися від загальноприйнятих норм та не дотримувалися загальноприйнятих стандартів. Але за останні сорок років на нас жодного разу не подали в суд за те, що ми позбавили пацієнта з коронарною хворобою процедури реваскуляризації. І все ж ми залишаємося слабким голосом меншості. Наші спостереження були проігноровані більшістю кардіологів. Це не пов'язано з тим, що в наших дослідженнях не було рандомізації. Великі рандомізовані дослідження від CASS до Courage теж не позначилися на частоті хірургічних втручань.

Досвід клініки Лауна вказує на загальновизнану кризу охорони здоров'я США. Політики і експерти охорони здоров'я пов'язують цю кризу з непомірним зростанням цін. На мою думку, криза ця не фінансова, вона набагато глибше, ніж просто економічна. Упродовж останнього півстоліття лікарі все більше віддаляються від пацієнтів. Слід звернути увагу на чотири моменти, добре відомі вам.

1. Якщо перебувати поза госпітальних стін, то відразу стає зрозуміло, що проблеми, які змушують людину звернутися до лікаря, є, здебільшого, малозначними. Вони викликаються повсякденними життєвими труднощами. Вони не передбачають виникнення серйозної хвороби. Вони виліковуються самі по собі з часом. У цьому головна причина, що гіппократична медицина протрималася майже 2000 років.
2. Ретельно зібраний анамнез і сумлінне фізикальне обстеження дають можливість з'ясувати суть проблеми у переважній більшості пацієнтів.
3. Велика кількість клінічної інформації є епідеміологічною та статистичною. Але статистичний факт — це не те ж саме, що індивідуальна істина. Результати, навіть якщо вони засновані на масових дослідженнях, можуть не відноситись до даного індивідуального пацієнта. Кожна людина не тільки відрізняється від інших, вона відрізняється по-своєму.
4. Чим більше витратить лікар на хворого на самому початку, тим більше економічно вигідним виявиться результат, і тим більше задоволеним залишиться хворий. Кількість направлень на консультації до фахівців і кількість технологічних процедур знаходяться в зворотній залежності від часу, проведеного з пацієнтом, особливо під час первинного огляду.

Шістдесят років лікування навчили мене, що збирання анамнезу, особливо вислуховування пацієнта є квінтесенцією лікарської професії. Вислухати хворого належним чином — це майстерність, це мистецтво, це серцевина медичного професіоналізму. Збирання анамнезу — це щось набагато більше, ніж з'ясування ключових елементів діагнозу. Це основа для створення довіри. Я глибоко переконаний, що

з усіх тих наук, яким навчають майбутніх медиків, ніщо не є настільки важким для засвоєння, як мистецтво вислухати хвору людину. Якщо лікар не вислухає пацієнта, виникає багато негативних наслідків. Якщо часу мало, то лікар лікує головну скаргу. Але головна скарга є всього на всього як би вхідним квитком, і часто вона не пов'язана з тим, що насправді турбує пацієнта. Якби ви стали театральним критиком, то було б нерозумно написати рецензію на п'єсу, ґрунтуючись тільки на тій мізерній інформації, яка є на вхідному квитку. І тим не менше, саме так вчиняють лікарі занадто часто. Лікування ключової скарги зазвичай веде до непотрібних і дорогих втручань. Якщо ключова скарга не має відношення до того, що в дійсності турбує хвору людину, будь-яке ваше лікування виявиться марним. В результаті кількість ліків, що прописуються збільшиться, оскільки на кожен нову скаргу лікар відповідає новими засобами. Якщо лікарі не приділяють вислуховуванню хворого достатньо часу, вони стають свого роду стрілочниками, що направляють пацієнта до різних спеціалістів, а хворий стає просто набором погано функціонуючих деталей, які ремонтують різні фахівці. Замість інтересу до хворої людини лікаря цікавить тільки хвороба. Людність перестає бути частиною зустрічі лікаря і хворої людини. Незадоволення пацієнта таким візитом погіршує симптоми і несприятливо впливає на результат. Це стимулює пошуки в інтернеті причин хвороби з метою самолікування і звернення до інших лікарів за іншою думкою. Коли лікар не слухає, то вся його увага зосереджена тільки на гострих і невідкладних станах пацієнта.

Ну, а оскільки профілактика — це найефективніший підхід до хвороби — вимагає часу, то про неї часто забувають. Незначна роль, яку відводять попереджувальним заходам — ось головний недолік нашої погано функціонуючої системи охорони здоров'я. Підтримка суспільством здорового способу життя фінансується погано. Велика кількість грошей виділяється на хронічні хвороби, коли вони проявляються у вигляді гострого захворювання. Профілактика — це база здорової системи охорони здоров'я, хоча і розхвалюють в моральних проповідях, зазвичай виявляється «другою скрипкою», а на першому місці чути барабанний бій госпітального лікування. Це суперечить здоровому глузду і позбавлене економічного обґрунтування. У той же час є численні переконливі приклади, які показують ефективність громадських програм, що фінансуються урядами, з профілактики серцево-судинних захворювань. У 1972 році Фінляндія займала перше місце в світі по смертності від серцево-судинних захворювань. Фінський уряд став фінансувати широкомасштабні програми, які знайомили населення з факторами ризику. Це сприяло загальнодоступності молочних продуктів з низьким вмістом жиру; було введено законодавство щодо об-

меження куріння; був введений контроль за харчовою цінністю шкільних сніданків. Через чверть століття серцево-судинна смертність в Фінляндії впала на 75%. Іншим вражаючим прикладом є Польща. У 1990, коли упала залізна завіса, Польща відкрила торгівлю із Заходом і збільшила імпорт фруктів та овочів. Уряд також припинив заохочувати надмірне споживання сала і вершкового масла. Вже через десять років серцево-судинна смертність впала на третину.

Я переконаний, що якщо лікарі будуть приділяти достатньо часу для вислуховування пацієнтів і направляти свої зусилля по випробувальній дорозі профілактики, то витрати на медицину значно скоротяться. Однак обидва ці заходи сьогодні нехтуються. Охорона здоров'я стає ринком. Головним чинником, що викликає ці дефекти, є переважання сил ринку, які стимулюють і навіть змушують індустріалізувати лікувальний процес. Сутністю індустріалізації є зменшення вартості завдяки більшій ефективності виробництва, тобто зменшення часу, потрібного для виготовлення одиниці продукції. Продуктивність збільшують шляхом прискорення конвеєра і замінюючи дорогу людську працю технологічними інноваціями, особливо роботами. Той продукт, виробляти який не вигідно, виробляти не будуть, навіть якщо він соціально корисний. Однією з перших жертв цього процесу виявилось вислуховування пацієнта. Воно займає багато часу, а платять за нього не багато. Ось чому воно стало коротким, обмеженим, часто від нього повністю відмовляються. В результаті, хворий залишався розчарованим, а лікар — погано поінформованим. Наслідки для всього процесу лікування були руйнівними. Прагнення збільшити продуктивність, індустріалізація перевела центр уваги на ефективність, на конкуренцію, на зменшення витрат. Індустріальної ефективності домагаються зменшенням часу контакту з лікарем загальної практики і частим використанням вузьких фахівців. У такій системі охорони здоров'я лікарі стають постачальниками послуг, пацієнти — покупцями послуг, госпіталі — фабриками і головними одержувачами доходу. Прагнення все лікувати медикаментами і надмірне лікування — ось основна ознака ринкової системи. В результаті хворий перетворюється на «купу погано функціонуючих частин», а людську гуманну складову медицини розмелюють м'ясорубкою новітніх технологій. Чим більше пацієнта перетворюють просто в склад деталей, тим більшим стає марнослів'я, на якому тримається вся система.

Ринкова медицина націлена на отримання доходу, точно так же, як і будь-який інший бізнес. Відмовляти в лікуванні тим, хто не може його сплатити, і надмірно лікувати людей із матеріальними можливостями — це надійні чинники збільшити дохід, варто відмітити надмірну цілеспрямованість ведення цього

бізнесу. Для того, щоб вижити, людина з хорошими намірами повинна поступитися тиску ринку або ж припинити свою справу. Це добре висловив знаменитий економіст Мілтон Фрідман: «Мало що може так ґрунтовно підірвати основи нашого вільного суспільства, як рішучість наших чиновників забезпечити акціонерів максимальним доходом». У будь-якому бізнесі головною метою є отримання прибутку. Добрі наміри і благородні принципи не обов'язкові. Я вважаю, що ринок — це не вирішення проблеми. Більше того, він є важливою частиною усієї проблеми, яку треба вирішити.

Моя незгода з медициною, якою управляють закони ринку, має більш глибоку причину, ніж одна економіка. У демократичному суспільстві лікування повинно бути правом, а не привілеєм. Йдеться про основні моральні принципи. Медицина є покликанням. За своєю суттю — це моральний акт, заснований на довірі між професіоналами — лікарями і пацієнтами. Найперша місія клініциста — це лікувати, доглядати за хворими, захищати немічних і працювати на користь загального благополуччя. Центральне місце у взаєминах між лікарем і пацієнтом — це переконання, що потреби хворого, а не інтереси інших осіб, завжди повинні стояти на першому місці. У медицині панує моральний імператив: допомагати хворому і ніколи не шкодити йому. Такий імператив можна знайти на ринку. Там панує правило CAVEAT EMPTOR — покупець, будь обережний. Порожня риторика, що «пацієнти на першому місці» — це всього на всього ринковий виверт. Лікувати, щоб отримувати прибуток є поєднанням несумісних понять. Як тільки ви починаєте лікувати просто для того, щоб отримувати прибуток, ви негайно позбавляєте медицину істинної турботи про хвору людину. Це моральне протиріччя неможливо виправити. Ми говоримо про непотрібне або надмірне лікування просто як про нерозумну фінансову операцію. Але надмірне або непотрібне лікування шкодить пацієнту, порушуючи тим самим перший принцип медицини PRIMUM NON NOCERE.

Це нагадує мені епізод з Мобі Діка Германа Мелвілла. Капітан Ахаб в момент болісного осяяння вигукує: «Всі мої кошти розумні, божевільні мої мотиви і мета». Куди ми йдемо? Будь-яке завдання стає здійсненим після того як показано, що воно здійснене. Пробігти мильо за 4 хвилини вважалось неможливим, поки не знайшовся спортсмен, який зробив це. Нині це загальноприйнятий норматив. Отже, спочатку повідомлю гарну новину. Навіть в нашій несприятливій ситуації все ж можливо значно скоротити надмірне лікування. Уже понад 40 років клініка Лауна обходиться мінімумом кардіоваскулярних інтервенцій. Іншими словами, це можливо, і ми здійснили це! Погана новина — це нудотні дебати політиканів про медицину, що струшують Америку. Коли я був студентом 70

років тому, загальне страхування здоров'я здавалось таким близьким. Був навіть прийнятий закон про це, але його заморозили через війну. Щоб зберегти достатню кількість робочої сили, промисловість переводила частину заробітної плати на потреби охорони здоров'я. Але і досі ми страждаємо від непередбачених наслідків угоди Фауста з дияволом. Нам треба повернутися назад. Програма Медікер виявилася значним кроком вперед щодо поліпшення здоров'я людей похилого віку. Вона дає гідність людям похилого віку. Вона функціонує при меншому фінансуванні, ніж ринкова охорона здоров'я. Кожен повинен бути забезпечений, незважаючи на те, працює він чи ні. Це конституційне право кожного. Півзаходи тепер недостатні. Єдине страхування для системи типу Медікер, яка охоплює всіх — ось над чим треба працювати, щоб виправити становище в одній п'ятій жителів населення від всієї економіки нашої країни. Це об'єднає всю націю, покращить надання медичної допомоги, стримає зростання цін і зменшить моральну двозначність в роботі медиків.

Криза одночасно створює можливість для проведення глибоких перетворень. Не треба заспокоювати себе півзаходами. Саморегуляція можливо допомагає у святих. Історія вчить, що зменшення спокус для поганих вчинків і стимулювання добрих і розумних заходів набагато ефективніше.

Створення просто більш справедливої системи надання медичної допомоги вирішити численну низку інших важких питань. Ще не замінена система «гоноар за послугу», ми не зможемо відновити центральне місце пацієнта в лікувальному процесі і не зменшимо домінування плати над лікуванням. Вирішальним і кінцевим критерієм є те, що найкраще для даного пацієнта з усіма його особливостями. За 55 років своєї практики я пригадую лише одного пацієнта, який наполягав, щоб йому зробили коронарну ангіографію. Пацієнти, які повністю інформовані, але довіряють своїм лікарям, не наполягають на тестах або процедурах. У надмірному і непотрібному лікуванні пацієнт є жертвою, а не ініціатором. Щоб створити систему лікування з людським обличчям потрібна рішуча перебудова навчання майбутніх лікарів. Вміння привертати особливу увагу щодо спілкуватися з хворою людиною повинно враховуватися в якості базисного елемента протягом усіх чотирьох років навчання. Подальша медична освіта повинна субсидуватися. Здоров'я нації є нерозривною частиною національної безпеки. Це дозволить зменшити надмірне прагнення до спеціалізації і полегшити питання, пов'язані з колосальною заборгованістю студентів.

Але під кризою охорони здоров'я ховається ще більш глибокий феномен. Він пов'язаний з прогресуючим вторгненням ринку в усі сфери людської діяльності. Результатом є спотворення базисних люд-

ських цінностей і розрив тих зв'язків, які сприяють життю суспільства. Ми, медики, які займаються наукою заради здоров'я і благополуччя всіх людей, повинні бути на передовій лінії боротьби за повагу до людської гідності і людського життя. Починати це треба з вислуховування пацієнта. Ще одна, заключна думка. Приблизно три десятиліття тому маленька група медиків сприяла історичному перевороту. Вони виступили проти накопичення ядерної зброї, здатної кілька разів знищити весь світ. Вони вважали, що в сучасному суспільстві немає більш потужної сили, здатної зробити такий переворот, ніж освідчені розгнівані люди. Ця армія Гідеона (біблійний герой), пристрасно захоплені лікарі, дала зрозуміти мільйонам, що в разі ядерної війни медицина допомогти не зможе. Вони вважали, що у двох наддержав є тільки дві можливо-

сті: або співіснувати разом, або загинути разом. Вони запропонували людству рецепт порятунку. Залучення мільйонів людей до цього руху змусила уряди почати серйозні переговори, які врешті-решт підняли цей Дамоклів меч.

На даний час перед нами, медиками, стоїть виклик виправити становище в нашому «власному домі». Ми повинні запропонувати нашій нації рецепт щодо здорового способу життя. Будь-яка людина заслуговує шанобливого, індивідуалізованого і доступного лікування. У той же час ми повинні переконати широкий загал, що наші принципи відповідають розумному використанню резервів нашої країни, які обмежені. Я завжди вірив, що ті, хто бачать «невидиме», можуть зробити неможливе.»

Інформація про авторів знаходиться на сайті <http://www.cp-medical.com>.

Дата надходження до редакції – 17.10.2019