



МИКОЛА ПОЛІЩУК

ЛІКАР, ВЧЕНИЙ, ПОЛІТИК



до 60-річчя від дня народження

Київ 2004

Київська медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика

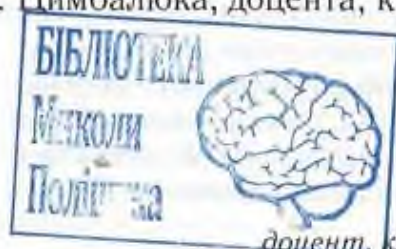
Міністерство охорони здоров'я України

МИКОЛА ПОЛІЩУК

лікар, вчений, громадський діяч

До 60-річчя від дня народження

Під редакцією члена-кореспондента АМН України
проф. В. І. Цимбалюка, доцента, к.м.н. Л. Л. Поліщук



Упорядковували:

доцент, к.м.н. А. В. Муравський
лікар-нейрохірург В. М. Бурик

*Берись за все, що ти знаєш та вмієш
або мрієш знати і вміти.
В сміливості полягає геніальність,
влада та чародійна сила.
В. Гете*

ВСТУП

Відомий нейрохірург, член-кореспондент АМН України, заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри нейрохірургії Київської медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, директор Київського центру невідкладної нейрохірургії, народний депутат України 4-го скликання, голова комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства займає почесне місце серед видатних вчених, лікарів-практиків, організаторів та реформаторів охорони здоров'я України, а також громадських діячів по розбудові демократичної держави Україна.

35 років Микола Єфремович віддав людям, рятуючи життя та відновлюючи здоров'я, пройшов нелегкий шлях від лікаря сільської лікарні до професора, завідувача кафедрою.

Працюючи в системі практичної охорони здоров'я став доктором медичних наук, професором, членом АМН України, отримав заслужене визнання хворих, колег, створив школу нейрохірургів, займає активну громадянську позицію по реформуванню галузі охорони здоров'я, відбудові демократії в Україні. Друзі, колеги, учні висловлюються про Миколу Єфремовича, як людину, лікаря, вченого, громадського діяча та широко вітають його з 60-річчям від дня народження.

*Хто не знає в яку гавань плисти
Для того не буває попутного вітру
Сенека*

МИКОЛА ЄФРЕМОВИЧ ПОЛІЩУК

Біографічні дані

2 травня 2004 року виповнилося 60 років від дня народження та 35 років наукової та практичної діяльності відомого лікаря-нейрохірурга, вченого, громадського діяча та політика, завідувача кафедри нейрохірургії Київської медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, директора Центру невідкладної нейрохірургії м. Києва, Заслуженого діяча науки і техніки України, члена-кореспондента АМН України, доктора медичних наук, професора, народного депутата України 4-го скликання, Голови комітету ВРУ з питань охорони здоров'я, материнства і дитинства Миколи Єфремовича Поліщука.

Микола Поліщук народився в сім'ї селян 1 травня 1944 р. (записаний 2 травня 1944 р.) на Вінничині (с. Лип'ятин, Хмільницького району).

Дід, Поліщук Мусій, був виходцем з бідної сім'ї, брав участь в Першій світовій війні, після війни служив у пана. Революція 1917 року багато чого змінила — пан дав згоду на одруження своєї дочки Явдохи з наймитом, чим зберіг всю свою сім'ю від репресій. В пролетарсько-панській сім'ї народилось 8 дітей. Під час голоду (1932-1933) дружина і 5 дітей померли, дід Мусій залишився вдівцем з 3 синами. Один з них, Єфрем (майбутній батько Миколи Поліщука) виїхав з села на Донбас, другий, Михайло — в Москву, з батьком лишився син Андрій. Його життя обірвалось рано — загинув в перші дні війни на кордоні в Прибалтиці.

Дід Мусій любив онука Миколу, навчав грамоті, любові до природи, до всього живого, привчав до роботи. Особливістю діда Мусія було миролюбство — все він влагоджував миром. Запам'яталось, як малюком (5-6 років) Коля різав сусідських гусят і курчат, щоб подивитися, що там є, а дідунько (так його звали) розраховувався за «піддослідне» гусеня грішми, як за дорослу гуску. При цьому промовляв «Соломіє, не гнівайся, воно мале, хоче щось пізнати». А потім довго тлумачив малому, що той зробив погану справу, позбавивши життя гусеняти. «Ось ми з тобою

вигодуємо гусеня в гуску, заріжемо його, і я тобі все покажу, що у неї є всередині». Так воно і було. Коля любив дідуся і для нього було трагедією, коли в серпні 1953 року, пригнавши корову з поля, він побачив, що дідусь лежить на лаві, а мама й батько плачуть.

Він тоді зрозумів, що вже не буде того, хто завжди підкаже, покаже, допоможе, дасть 50 копійок «в кіно» (привозили в село 1 раз на тиждень).

З 7 років пас корову з дідусем. Луків для випасу було мало, кругом колгоспні поля і треба було корову не спускати з мотузки. Один раз зачитавшись (а було Миколці 10 років і він читав всюди), не побачив, як корова пішла пастися в колгоспну пшеницю. А в ті часи за це можна було засудити батька. Дістав доброго лупня, що не тільки сидіти, а й лежати на спині не міг. Так що навчання порядку пізнав рано.

По маминій лінії дідусь Василь та бабуся Фросина були з заможної сім'ї — середняки. В сім'ї було 9 дітей. Всі вижили в голод, незважаючи на те, що більшовики забрали все, що знайшли, навіть зняли солому з даху. Мама пам'ятала голод і все розказувала, що сусіда через дорогу їв людей, бо подорожні люди заходили в хату, а назад не виходили. Дід дітям наказав не заходити туди і триматися дому. Хата діда Василя була біля поля, річки і це, напевно, допомогло сім'ї виживати. Всі були привчені до роботи і жили дуже дружно.

Під час Великої Вітчизняної війни (1942-1943 рр.) дід Василь переходив на горищі пораненого радянського офіцера, який потім загинув в Австрії, та сім'ю євреїв, з якими після війни підтримував зв'язки, і які, в свою чергу, допомагали дідові в голодні 1947-1948 роки.

Батько — Поліщук Юхрем за метрикою, і Єфрем за паспортом, працював на шахтах Донбасу (в 30-ті роки), потім на будівництві метрополітену в Москві. Воював, був поранений в Карпатах, повернувся з війни інвалідом II групи. В колгоспі займався насадженням «сталінських» лісосмуг. І досі зеленіють за селом явори, тополі, берези та дубки, посаджені батьківськими руками. Привчив сина до роботи та любові до природи. Був суворий, але добрий, помер в 52 роки (1963 р.).

Мати — Поліщук Єлізавета, все життя працювала в колгоспі в ланці (буряки, кок-сагиз). Заробила пенсію з розрахунку місячної зарплати 3 крб. 40 коп. Всі відзначали надзвичайну працездатність Лізи та її вміння утримувати сім'ю (сама косила, молотила ціпом, чоловік після війни часто хворів). Привчила і дітей з малих років до роботи. Менші були — колоски збирали в полі за комбайном. Дітей за це могли батогом шмагонути і тільки, а дорослих — засудити.

Дитячі роки були тяжкі. Необхідно було по господарству допомагати: спочатку, поки був малим, пас гусей, потім — свиню з поросятами, а з 7 років — корову. Став старшим — почав косити, заготовляти стерню, солону, торф на зиму тощо.

Читати Коля навчився рано — в 5 років разом із старшим братом Анастолієм, на той час першокласником. Читати любили, особливо в зимові вечори, коли в хаті збиралася вся сім'я, приходили сусіди. Жінки пряли кужеля, дідусь з чоловіками гомоніли, батько лагодив дітям і сусідам взуття, інколи працював за ткацьким верстаком — ткав полотно, а човник шугав туди-сюди.

Вдома був «Заповіт» Т. Г. Шевченка. Потім перечитав все, що було в сільській бібліотеці. А читали при каганцеві, бо село електрифікували лише у 1965 році, коли Микола навчався вже на другому курсі університету.

В перший клас Коля пішов у 1951 році, в 1958 році закінчив з похвальною грамотою Лип'ятинську семирічну школу. Ця похвальна грамота з портретами Леніна і Сталіна зберіглась і досі.

В цей час батько на додачу до фронтових болячок захворів на туберкульоз.

У 1961 р. брат Анатолій після закінчення школи поїхав до тітки в Казахстан, щоб набутися професії і працювати.

Микола став основним помічником вдома, а після смерті батька (1963 р.) все по господарству — заготовка сіна, соломи, різання торфу робили вдвох з мамою. Можливо важкі дитячі роки заставили рано самотвердитися в цьому житті.

Після закінчення семирічної школи під час літніх канікул працював на будівництві (помічником каменяра). Заробив трохи грошей для того, щоб купити книжки, якусь одежину, бо дуже вже хотілося навчатися далі, але судилося не так. «В школу не підеш, підеш в колгосп на різні роботи, а ще краще — їздовим, та і вдома нікому пасти скотину», — такий був вирок батьків.

Але бажання вчитися і настирливий характер виявилися сильнішими за цей вирок. Зароблені гроші забрав (в хаті ніколи нічого не ховали) і купив книжки для 8-го класу. В вересні, потай від батьків, почав ходити в Сальницьку середню школу (за 6 км від Лип'ятина). А щоб батьки не сварили, корову пас зранку, наривав трави, бур'яну на цілий день, після обіду біг в школу, а пізно ввечері повертався. До школи ходив в солдатських штанах і в кітелі, які батько раніше купив в Бердичеві у солдат. Через місяць батьки змінили своє рішення і погодились, щоб син навчався далі. Батько сказав: «Ліза, син хоче вчитися, а ми не гірші за інших, хоча самі неграмотні, то нехай він вчиться, може «дохтуром» буде».

Це була мрія, і бажання, і воля батьків, яку син з честю здійснив.

Тяжко було звикати вчитися в чужому селі. А особливо не вистачало часу: раненько вставав, забезпечував скотину їжею (або пас), тому часу на підготовку уроків лишалось обмаль. Пішки (вже пізніше з'явився велосипед, який батько купив один на двох з братом) ішов до школи, а ввечері повертався назад — і так щоденно, 6 км туди і 6 км назад.

Довго читати вночі не можна було, гас для каганця не завжди бував, та й економити потрібно було. Зате яка радість була пізно восине і взимку,

коли роботи вдома ставало менше і не треба було пасти скотину. В цей час учні з віддалених сіл жили в шкільному гуртожитку, який був електрифікований і можна було більше читати — ось тут наздоганяв пропущене.

В школі самоствердження прийшло, коли вже оселився в шкільному гуртожитку, де проживали також діти з Скаржинець, Торчина, Лип'ятина, Гнатівки, Беспечної. Самоствердження тоді відбувалося своєрідно — слід було завоювати авторитет знаннями та фізичною майстерністю (ігри в футбол, волейбол, підтягування, боротьба), бійок між дітьми не було. В гуртожитку всі жили і вчилися до весни.

А навесні — знову домашні клопоти. Влітку та ж сама селянська робота, крім того, з дорослими косив траву, горох, бо батько вже не міг йти в валці косарів. І досі Микола згадує, як 30-40 чоловіків йдуть у валці косарів — горох косять. А він тягучий, і не тільки розмахом рук, але й м'язами живота, тулуба тягнеш цей горох на косі. Давали йому косу №7, ставили в середину валки і нарівні з дорослими працював. А після зупинки на перепочинок падав, як сніп. Полежав, і знову за роботу. На обід — шматочок сала з часничком або цибулею, пляшка молока, перепочинок і знову у валку. А вранці болить все: і руки, і живіт, і спина, але доля невблаганна — на косовицю. І так працював з 15 років.

Мав схильність до точних наук (математика), любив історію, географію (тут був постійний суперник Антон Чорнобров — односелець і родич, який також багато читав).

Вчився старанно, був активістом спочатку піонерського, а потім комсомольського руху. Завжди обстоював свою правоту, частіше логічними доказами, але інколи і не стандартними, за що часто оцінка з поведінки була задовільною, тоді як з навчання — п'ять, рідко — чотири.

Навчаючись у випускному класі, в лютому 1961 року під час падіння на уроці фізкультури зламав стегнову кістку. Був прикутий до лікарняного ліжка і пропустив три місяці занять в школі.

Батька в цей час госпіталізували у Вінницьку обласну лікарню. Мама звернулась до директора школи і попросила, щоб допомогли синові з навчанням. Дружно жили діти, щотижня за 6 км з Сальниці в Уланів (у лікарню) діти приносили завдання Миколі і забирали зроблене ним для перевірки в школі.

12 квітня 1961 року нарешті виписали з лікарні. Запамяталося, як в цей день головний лікар біг по коридору і всім оголошував: «Людина полетіла в космос!». Це був політ першого космонавта Землі в космос — Юрія Гагаріна. Мама в цей день не пішла на роботу, дали в колгоспі во- за і вона везла сина додому. Рання тоді була весна — жінки на полях про- ривали буряки. А через тиждень на милицях, з ногою в гіпсовій лон- геті, був уже в школі. Але жив тепер в гуртожитку один, бо діти жили в ньому лише восени і взимку. Гуртожиток містився поруч із школою, але

на заняття з освоєння сільгосптехніки в МТС (були в ті часи і такі предмети) потрібно було подолати відстань понад 2 км в один кінець. На милицях добиратися важко, а транспорту не було. І знову допомагали друзі — хто сумку ніс, а однокласник Петро Павленко (1 м 90 см зросту і справжній атлет) інколи і самого Миколу ніс. Після закінчення школи отримали, крім атестата зрілості, ще й свідоцтво про освоєння спеціальності «тракторист-машиніст».

Влітку практику проходили в якості помічники тракториста або комбайнера (за що або трудодні нараховували, або виплачували невеличку зарплату).

Після успішного закінчення школи (в основному мав п'ятірки) хотів поступати в Бауманське училище, але зваживши, що за час хвороби багато пропустив з математики і реально оцінивши свої можливості, відмовився. Відмовився також і від запропонованого райвійськкоматом навчання в Ленінградському вищому військово-морському училищі. Тут вирішальну роль зіграли два фактори. Далекий родич — підполковник, кадровий військовий Микола Гуменюк сказав, що, якби спочатку починав свою долю, то ніколи не став би військовим. А другий — це бажання батьків бачити свого Миколу «дохтуром». Слід мати на увазі, що діти повоєнних років любили ігри, історії про війну і дуже шанували людей в формі.

Отже, вибір зроблений — поступати вчитися в Вінницьке медичне училище на фельдшерський відділ, де вчитися всього два роки.

Разом з товаришем Анатолієм Присяжнюком поїхали до Вінниці і здали документи в приймальний відділ. Грошей не було — спали на вокзалі або на лавочках у сквері. Здали іспити і повернулися додому автобусом. Це був другий у житті виїзд до міста. Перший візит до міста був у 14 років, коли пішки ходив з батьком по хліб до Бердичева (40 км).

Суттєву роль в подальшій долі Миколи зіграв директор Лип'ятинської семирічної школи Святенький Петро Назарович, який знав свого учня з усіх боків. Він запропонував роботу в школі на посаді вчителя математики 5-6-х класів, щоб після заробленого стажу (2 роки) мав змогу вступати до інституту. Поїздки на навчання до Вінниці не відбулося. Привабливим була почесна робота, зарплата понад 70 крб., можливість вступу до вузу через 2 роки. Це були часи правління М. С. Хрущова, і переваги при прийомі на навчання до вузу надавали особам, які мали трудовий стаж, або відслужили в армії).

Два роки роботи в школі під керівництвом вимогливого і справедливого Петра Назаровича, в оточенні чудових сільських вчителів Любові Іванівни Гуменюк, Ольги Іванівни Кривенко (колишні Миколині класні керівники), Софії Семенівни Адамчук, Марії Миронівни та ін. сприяли формуванню майбутнього педагога.

Багато часу приділяв самопідготовці, підготовці до уроків, до майбутнього вступу до вузу. В цей час Микола Поліщук очолює комсомольську організацію колгоспу, в який тоді входили села: Морозівка, Часнівка, Лип'ятин. Отже, займався будівництвом спортивних майданчиків,

організовував насадження дерев, ліквідовував неграмотність на селі, тощо. А літом, як завжди, колгоспні роботи.

На другому році роботи педагогічна рада школи і контролюючі органи (комісія з Вінницького педагогічного інституту) відмітили ґрунтовні знання з математики в класах Миколи Поліщука і рекомендували його на навчання в Вінницький педагогічний інститут.

Проте вибір майбутньої професії, закладений ще батьками, був уже зроблений. Тому в 1963 році він їде поступати на медичний факультет Ужгородського університету. А загітував його сусід Василь Оверчук, який навчався на філологічному факультеті.

Закарпаття вразило чудовими краєвидами, горами, а ще більше — саме місто Ужгород, посеред якого протікає бурхлива річка Уж, на набережних і на подвір'ях повно троянд та інших квітів, виноградників, магнолій. Здивувала велика кількість велосипедів на вулицях, яких ніхто не чіпав, майже як в селі, де хати не закриваються і ніхто нічого не вкраде, бо то гріх красти в людей. Вирішив, що мусить поступити і вчитися саме тут.

Під час здачі іспитів проживав в гуртожитку по вул. Митній. Іспит з хімії здавали на хімфаку центрального корпусу університету, розташованого на чудовій площі з фонтаном мінеральної води. І всюди квіти, чисто, красиво. Іспит з біології проходив на біофаку, в корпусі, розташованому поруч із середньовічним замком та костьолом.

Іспити були здані добре, лишилось лише чекати результатів конкурсної комісії.

В Ужгороді вже тоді можна було відчувати дух Європи — життя було спокійне і виважене. Мало тоді вживали алкоголю в Закарпатті — за «децою» кон'яку, паленки або стаканом вина три-чотири чоловіки могли гомоніти цілий вечір.

Від'їзд на навчання в Ужгород ледь не зірвався. Виклик на навчання прийшов вчасно, але студент Микола Поліщук не мав паспорту. Тільки після могорича, який батько виставив голові та секретарю сільради, отримав довідку-відкріплення з села для отримання паспорту і поїхав в Ужгород. Їхав поїздом довго: з Хмільника до Гречан, з Гречан до Львова, а зі Львова до Ужгорода поїздом «Львів—Солотвино». І так їздив всі шість років.

Студентські роки, мабуть, найщасливіші в усіх. Це поєднання труднощів, які необхідно перемагати, це радість перемоги, спілкування і надії на світле майбутнє, це постійне пізнання.

Навчатись спочатку було важко. Давала взнаки і слаба загальна підготовка сільської школи, і необхідність заробляти на прожиття.

Перші три місяці студенти-першокурсники мешкали за містом в с. Оноківці в піонерському таборі. В кімнаті на 18 чоловік разом проживали студенти з різних курсів і різних факультетів.

Підготовка в читальному залі університетської бібліотеки займала майже весь час. Більшість одногрупників мали середню спеціальну

підготовку (медичне училище), і їм було легше вчити анатомію, гістологію, фізіологію, латинську мову. Проте, відстаючим не був, допомагали хороша пам'ять і велика працездатність. З перших курсів отримував добрі оцінки, а результатом став червоний диплом з 3 четвірки (хімія, біологія, дерматовенерологія). Але це потім.

Чорною датою в житті стало 30 жовтня 1963 року, (рівно через два місяці після вступу до університету), коли на 53-му році життя від легеневої кровотечі помер батько.

Можливість подальшого навчання здавалась втраченою. Але знову мама рішуче заявила: «...Будеш вчитися, якимось проживемо». Допомогли і родичі — рідний батьків брат, Михайло Поліщук і його дружина, Євдокія Поліщук. Вони почали висилати студенту Миколі щомісяця 10-15 крб. — і так всі шість років. Крім того, сам заробляв, як тільки знаходилась якась робота. Копав канави під телефонну лінію, а в Ужгороді ґрунт кам'янистий, без кирки не обійтися, працював підсобником на будівництві.

Два-три рази на рік їздив додому, в Лип'ятин, звідти привозив продукти (цибулю, сало, картоплю, квасолю, яйця). Влітку на канікулах відпочивав мало, допомагав матері заготовляти на зиму сіно, паливо, бо все господарство трималось на ній одній.

З настанням зими всіх студентів переселили в гуртожитки, розташовані в Ужгороді: медиків — на Митну; біологів, математиків, філологів — на Круглоуніверситетську. В гуртожитку на Митній було добре: поселили по четверо студентів в кімнаті; поруч ріка, великий парк, стадіон «Авангард», і зовсім поруч — медичний факультет. Було де і займатися спортом і відпочивати, і близько до «бурси». Університетська бібліотека знаходилась в 15-20 хвилинах пішої ходи по гарній Ленінградській набережній. Умови навчання в бібліотеці були чудові. Анатомка теж була розташована не далеко, в обласній лікарні.

Студентський режим був чітким: заняття в університеті, анатомії, навчання в бібліотеці, чергування в лікарні (у відділеннях неврології, хірургії), заняття спортом на стадіоні. А ще раз на тиждень — відвідування кінотеатру, театру або філармонії. Запам'яталися і регулярні походи в гори — як влітку, так і взимку.

Важкими були перші три роки навчання — незвичне оточення, давалися ознаки вивчення ґрунтовних медичних предметів, важке матеріальне становище. Але жили дуже дружно. В гуртожитку на Митній, а потім на Ленінградській набережній в кімнаті проживали студентами Іван Пушкаш, Роман Малицький, Саша Сабо, Юра Сидоренко, Сергій Молнар і Микола Поліщук.

Після закінчення університету Іван, Роман, Олександр та Сергій залишилися працювати на Закарпатті. Юра Сидоренко і Микола, як сідняки, один з Херсону а другий з Вінничини, залишили Закарпаття і зараз працюють один в Ростові, інший в Києві.

Долі цих двох людей дуже схожі. Юрій Сергійович Сидоренко навчався в Ужгородському університеті, відслуживши армію. Virізнявся надзвичайною працездатністю, мав високий рівень інтелекту, був принциповим і справедливим. За час навчання добре освоїв онкогінекологію — студентом «підробляв» в цьому відділенні. По закінченні університету рік працював в Іршавському районі на Закарпатті, але вимушений був виїхати спочатку в Херсон, потім в Ростов-на-Дону, де пройшов шлях від лікаря до доктора медичних наук, професора, академіка РАМН, директора НДІ онкології. Був депутатом Російської Думи першого скликання. Зараз очолює НДІ онкології, оперує, допомагає людям. В особистому, сімейному житті обидва мали трагедію — поховали своїх перших дружин, які були лікарками за освітою, і які померли в молодому віці, одна від нерозпізаного апендициту, інша — від інсульту.

Чи не правда, багато схожого в долях друзів, не легко знайти двох людей, які б мешкали студентами в одній кімнаті, обидва стали академіками АМН, керівниками служб (один — онкології, інший — невідкладної нейрохірургії), обидва — членами Парламенту своїх країн.

Пройшло три роки навчання.

Після третього курсу студенти проходили медсестринську практику в неврологічному відділенні обласної лікарні. Старша сестра відділення запропонувала працевлаштування на півставки (нічні чергування). Згодився, бо це частково вирішувало матеріальні проблеми. Мріяв стати хірургом, залюбки підробляв би в хірургічному відділенні, але там не було місць. Тому весь вільний від занять і нічних чергувань у відділенні неврології час проводив в хірургічних відділеннях обласної та міської лікарень.

Поєднання набутих знань з неврології та хірургії вирішило подальшу долю в медицині, а саме — стати нейрохірургом, мало відомою для студента спеціальністю, якої в ті часи навіть не було в навчальній програмі медичного університету.

Запам'яталося перше нічне чергування в неврологічному відділенні. Чергування розпочалося о 18 годині, чергував разом з фельдшером. На двох — 80 хворих з різноманітною неврологічною патологією, серед яких багато тяжкохворих. Вдвох виконали призначені вечірні маніпуляції. А далі Миколі було доручено чергувати до ранку біля ліжка вкрай тяжкохворого з пухлиною головного мозку. Під ранок заснув на стільці, схилившись над хворим. Розбудив напарник. І перше, що побачив — хворий (який був безнадійним) помер. Це справило надзвичайно гнітюче враження: на першому чергуванні помер хворий. Не поспідав, бо не міг на їжу дивитись, навіть чаю не випив.

Розчарований і пригнічений о 8.30 пішов на заняття. Перша пара — перше заняття з хірургії. Викладач привів студентів в операційну. Хвора лежала на операційному столі. Хірург почав робити широку лапаротомію — розітнув м'які тканини, підшкірну жирову клітковину (якої у

хворої було забагато)... І тут Миколі стало млясо, мало не впав, студенти вивели його з операційної.

На душі стало зовсім погано. Більше такого не траплялося — хоча ста-кан чаю і кусень хліба на сніданок з'їдав.

Останні три роки навчання стали вирішальними в долі Миколи — це було формування його як особистості, як лікаря.

Надзвичайний вплив мали вчителі — відомий в країні невролог, Заслужений лікар УРСР, Дмитро Олександрович Снігурський і нейрохірург, доцент Михайло Олександрович Бізіля.

У Дмитра Олександровича вчився неврології — а це були змістовні обходи, клінічні огляди хворих, щотижневі консультації в поліклініці (бувало до 23.00, адже приймали, доки були хворі). На прийомі завжди були присутні студенти — Микола Поліщук, Іван Ігнатович, Валентина Третяк та ще декілька лікарів-невропатологів. Ця трійця студентів незмінно були при Дмитрові Олександровичу і в майбутньому стали висококваліфікованими фахівцями: один — нейрохірургом, двоє — невропатологами. Ввечері після прийому, всі разом обідали — коли булочками з кефіром, а інколи і в ресторані з професором (так всі називали Дмитра Олександровича).

В 1968 році Дмитро Олександрович відрекомендував студента Миколу Поліщука Михайлу Олександровичу Бізілі, який в той час приїхав в Ужгород після закінчення аспірантури в Київському НДІ нейрохірургії. Слова професора: «... Михайле, я тобі допоміг, допоможи і ти Миколі стати нейрохірургом. Він буде добрим лікарем...», — стали напутніми як для Михайла Олександровича, так і для Миколи Поліщука.

Назавжди залишилися в пам'яті поїздки і вильоти «по санавіації» в гірські місця Рахівщини, Міжгір'я, Волівця, Тячівщини, асистенції під час видалення внутрішньочерепних гематом, при ушкодженнях хребта, тощо. Так починались перші кроки в нейрохірургії.

Немає вже цих вчителів. Рано, на 50-му році пішов з життя Михайло Олександрович — помер у 1986 р. Дмитро Олександрович помер в 2000 р, прожив 80 років. Але учень пам'ятає своїх Вчителів і служить людям і медицині так, як вони його навчали.

1968 рік запам'ятався студентам надзвичайною подією — окупацією радянськими військами Чехословаччини. Війська йшли через Ужгород і місцеві студенти вже тоді говорили, що ця окупація ще відгукнеться «советам». А ще в 1968 році відбулася поїздка на студентську практику до Угорщини. Протягом місяця знайомились з життям та медициною Угорщини. Тоді і почув з вуст студентів-угорців про події 1958 року в Угорщині та 1968 року — в Чехії. Це було поштовхом до поступового політичного прозріння.

В серпні 1968 року Микола, в той час студент 6-го курсу, одружився з Іриною Буксар, студенткою 4-го курсу медфаку, яка була з місцевих

(с. Оріховиця Ужгородського району). Чудова людина, красива дівчина Іра була хворою на ревматизм, мала комбіновану серцеву ваду. Разом вчилися, одружилися, ділили радість і невдачі. Лікарі ставили медичні проти-показання як до вагітності, так і до пологів. Але бажання мати дитину, бути матір'ю було вище за все — тому в 1974 р. народилася дочка Оксана.

Зараз сама Оксана вже має двох дочок — Ірочку і Валерію, любих ону-чок дідуся Миколи. Працює лікарем, кандидат медичних наук.

Університет закінчив з Червоним дипломом. Вчена рада дала реко-мендацію на наукову роботу. Але з нейрохірургією не склалося, хоча і просили за нього вчителі — Д. О. Снігурський і М. О. Бізіля. Дістав на-правлення у Великоберезнянську ЦРЛ працювати лікарем-анестезіоло-гом. Район гірський, бідний, а деякі села, такі як Люта, Чорноголова, зовсім відірвані від світу.

В колективі молодого лікаря прийняли добре. Зразу ж дали ставку анестезіолога, ще 0,5 ставки чергового хірурга, згодом — ще півставки чергового акушера-гінеколога, а згодом і 0,5 ставки шкільного лікаря. Нікому було працювати, не вистачало лікарів. Відповідав за переливан-ня крові по району. Багато їздив по дільницях, у ФАПі.

Квартирував в сім'ї Івановчиків, чудових людей, які працювали на фа-нерно-меблевому комбінаті, виховували і ростили двох діточок — Васю та Марійку. З господарем, а потім і сам ходив до лісу збирати гриби, сам їх консервував. Господарі любили Миколу і звали «наш пан лікар».

Дуже пам'ятним був перший самостійно проведений наркоз. Поступи-ла вагітна жінка, якій була потрібна термінова операція. Хірург — голо-вний лікар, Заслужений лікар СРСР І. І. Сокач, відомий як на Закар-патті, так і на Львівщині, спитав: «Лікарю, а чи давали Ви наркоз?». У відповідь почув: «Так, під час виконання операції в експерименті на тва-ринах, але я знаю як, тому що часто бачив, як це робили в операційних». Наркоз давали ефірний масочний, а хвора не засинає, період ейфорії за-тягується, страждає дитина. І тут допомогла операційна санітарка Маня, яка сказала, що ця жінка з Чорноголови і працює на меблевій фабриці, «а там вони п'ють ефір». Зразу ж була втричі збільшена доза ефіру і наркотичний сон наступив. Операція пройшла добре. Перше хрещення відбулося.

Після цього стали довіряти не тільки наркоз під час операцій, а й ра-уш-наркоз в екстремальних ситуаціях, «малій хірургії», під час маткової кровотечі. В медицині важливо не тільки знати, а й вміти. Запам'ята-лось, як вночі під час чергування привезли молоду циганку з кровотечею. Терміновий огляд показав — пізній аборт в ході, кровотеча. Обидва лікарі-гінекологи з якихось причин були відсутні в цей час в районі. А діяти треба було негайно. Допомогла досвідчена акушерка — підказала в деталях, як провести аборт. Вранці завідуючий Іван Іванович перевірів і сказав: «Вам, лікарю, можна довіряти, працюйте, Ви нам підходите».

Багато можна згадати за рік з невеликим роботи в гірському районі Закарпаття — це робота не тільки в ЦРЛ, а і в Ужку, і в Кострино, і в Черноголовій, і в Лютий

Мрія поступити на навчання в Київський НДІ нейрохірургії не полишала Миколу. І ось ранньою весною 1970 р. з рекомендаційним листом в кишені і великим букетом бузку та магнолій від Дмитра Олександровича Снігурського Микола приїжджає до Києва, до академіка Андрія Петровича Ромоданова. Андрій Петрович прийняв квіти від Діми, відкрив листа і сказав: «... Діма пише, що ми зробимо добру справу для медицини, якщо дамо тобі можливість вчитися». Відрахузу ж звернувся до заступника директора з наукової роботи професора Юрія Панасовича Зозулі і вченого секретаря Ірини Олексіївни Приходченко (вони працювали в одному кабінеті), щоб розглянули питання і допомогли. Було вакантним місце в клінічну ординатуру, на місце в аспірантуру вже був претендент Борис Мельников.

Отже, залишалося лише звільнитися з В. Березного, але це як раз зробити було не легко. Облздороввідділ не відпускав молодого фахівця. Допоміг випадок. В ЦРЛ призначили нового головного лікаря, з ним приїхала дружина, за фахом лікар-гінеколог, і для неї не було вільних ставок (Микола працював на 0,5 ставки акушера-гінеколога і 0,5 ставки хірурга). Питання вирішив сам головний лікар — підписав заяву про звільнення. Всі були задоволені і працевлаштовані.

І от мрія здійснилась. 28 серпня 1970 р. Микола Поліщук приїхав до Києва, в НДІ нейрохірургії. Заступник директора з наукової роботи Ю. П. Зозуля запросив до себе молодого лікаря Віктора Івановича Щеглова, познайомив молодих колег і дав доручення влаштувати Миколу в гуртожиток і пригладити, щоб все було добре.

Гуртожиток розташовувався на території інституту, біля віварію, в маленькій будівлі, де була спільна кухня і «зручності» на вулиці. Влітку душ приймали на вулиці, взимку — ходили до котельні (робітники мали де помитися).

Проте великим надбанням були дружба і спілкування з людьми, які вчилися, робили науку і жили в цьому гуртожитку. Юрій Олександрович Орлов, нині професор, керівник дитячої нейрохірургії, мешкав із сім'єю. Віктор Іванович Щеглов — унікальна людина, вклад якого в розвиток ендovasкулярної нейрохірургії важко переоцінити. Анатолій Андрійович Скіяр — доцент Тернопільської медичної академії, Євген Іванович Скобський — старший науковий співробітник інституту нейрохірургії, Анатолій Васильович Кобець — кандидат медичних наук, Олександр Іванович Маліков — працює на Рівненщині, Михайло Омелянович Цимбал — кандидат медичних наук працює в інституті нейрохірургії, Анатолій Іванович Кондрашов — кандидат медичних наук, Борис Федорович Мельников — кандидат медичних наук, працював в шпиталі МВД,

Віталій Іванович Цимбалюк — доктор медичних наук, професор, член-кореспондент АМН України, завідувач кафедри нейрохірургії Національного медичного університету, провідний фахівець з нейро-трансплантації.

Прокидався рано, о 5-й годині — будили собаки з віварію. Потім звук, а коли отримав житло, то їх гавкоту попервах якось не вистачало.

В кімнаті площею 12 м² мешкав разом з аспірантом Борисом Мельниковим. Жили дружно, ділили радість, достаток і бідність. Разом росли і в науці. Борис був досвідчений — мав три роки стажу в нейрохірургії.

Микола вчився в усіх, супроводжував лікарів-нейрохірургів на виклики і операції по області. Запам'ятався випадок в м. Острі — молодий «пірнальник» зламав хребет. Виїхали з нейрохірургом Михайлом Цимбалом. Після обстеження встановили: перелом шийного відділу хребта з ушкодженням спинного мозку. Необхідна операція. Цимбал оперує, Микола асистує. Обладнання майже ніякого, все возили з собою, але коагуляцію не привезеш. Розтин м'яких тканин шиї завжди кровоточивий, зупиняли розпеченим на спиртовці пінцетом. Звісно, не все йде, як хочеться, асистент малодосвідчений, а Михайло гарячий, от і вдарив по руках, але тут-таки під столом отримав по нозі. Мовчали до кінця операції, а після помирилися. Товаришують до цього часу.

Надзвичайно цікаво було в Інституті: все нове — і хворі, і обходи, і конференції. Вчитися потрібно багато, але є в кого.

Заняття з молодими лікарями, клінічними ординаторами, аспірантами проходили на кафедрі нейрохірургії (завідував тоді професор Георгій Панасович Педаченко). Це були лекції, співбесіди, а більше всього — клінічні розбори хворих разом з Іриною Степанівною Глушковою. Обстежували хворого детально. Молоді лікарі писали клінічні висновки спочатку на окремих листах, разом обговорювали, і тільки після цього записували в історію хвороби. Той, хто був куратором більшої кількості хворих, мав, відповідно, і більше вчитися. Микола курував від 5 до 10 хворих — це вважалося багато.

Бібліотека в інституті була чудова, хоча і містилася в тихому напівпідвальному приміщенні. Завідувачі бібліотечним, а потім науково-інформаційним відділом (в інституті добре відчували плин часу та необхідні зміни) Костянтин Едуардович Рудяк, Інна Олександрівна, Світлана Борисівна завжди допомагали знайти необхідну літературу з будь-якого питання. Бібліотека Інституту — це його гордість, такої бібліотеки ніде не було, і це завдяки її працівникам. Отже, бувало, що по-декілька разів на день змушений був спускатися в бібліотеку, щоб вірно записати дані клінічного огляду в історію хвороби.

Вчився Микола багато: працював в клініці, в перев'язочній, в прозекторській, в експериментальній лабораторії, а потім і в операційній. Був безвідмовним асистентом у будь-який час на всі операції, де тільки є

можливість поасистувати. Не секрет, що бувають операції не привабливі, або хірурги, з якими не всі хочуть асистувати. В цих ситуаціях Коляша (так друзі в Інституті називали Миколу) завжди на підхваті. Інститут два рази на тиждень приймав хворих з черепно-мозковою травмою. Якщо когось з лікарів потрібно було підмінити, то проблеми не виникало, адже жив на території Інституту.

Така цілеспрямованість і працездатність не залишилися поза увагою керівництва Інституту: мав додатково два платні чергування, та ще 4 платні чергування у відділенні реанімації та інтенсивної терапії (підготовка відповідала, та й у трудовій книжці був запис «анестезіолог»). А з 1972 року після закінчення клінічної ординатури влаштувався (додатково ще 10 чергувань) ургентним нейрохірургом по Київській області.

Отже, були місяці, коли, крім основної роботи, мав ще 16–18 нічних чергувань. Інколи траплялось по 2–3 нічні виїзди по області, а вранці необхідно було бути в клініці Інституту. Але потрібно було заробляти на життя, оскільки стипендія аспіранта становила 100 крб., зарплата дружини — 85 крб., а необхідно було якось ще матері допомогти, та й відкласти щось на майбутнє — будувався кооперативний будинок на Сирці.

Життя в гуртожитку було цікавим: всі тоді були молодими, енергійними, цілеспрямованими до науки. Жили дружно, кожен знав хто над якою науковою темою працює і, натрапивши в бібліотеці на літературу, якою цікавився товариш, обов'язково приносив тому заповнену карточку.

Пізно ввечері один-два рази на тиждень допізна грали у футбол. Футбольним полем був асфальт між гуртожитком і віварієм, воротами — гаражні ворота з одного боку і два ящики — з протилежного. Обов'язково всі гравці надягали рукавиці, тому що падіння на асфальт було небезпечним для рук, адже вранці — операційна, перев'язки, руки потрібно було берегти. Під час гри була одна небезпека — «забити гол в гараж», розбивши м'ячем скло над гаражними дверима. До речі, таке траплялося не рідко.

Буквально через тиждень після поселення в гуртожиток під час гри в футбол Коляша таки вцілів у вікно. Скло полетіло всередину гаража на машину директора, новеньку «Волгу». Що робити? По драбині заліз в середину, все вимів, вичистив, а потім закрив вікно. У неділю вранці уважна дружина директора Ганна Сергіївна зауважила Андрію Петровичу, що на багажнику з'явилися якісь нові подряпини, на що той відповів: «...Ну як вони можуть тут з'явитися, адже гараж закритий».

Минулося, слава Богу, а всі вечірні гравці в футбол дивилися й уважно прислухались, хто з кімнати, а хто з-за куща жасміну, роблячи вигляд, що вчиться. В подальшому був уважний, бив по воротах, а не по гаражу.

По вихідних днях грали на майданчику у волейбол (зараз на цьому місці розташований лабораторний корпус). Волейбол любили всі — і старші, і молодші. Особливу увагу привертала гра за участю Андрія

Петровича Ромоданова, Павла Олексійовича Пронзелева, Олександра Львовича Духіна. Стара гвардія грала чудово, викладалися всі.

Цікаво було жити в гуртожитку, але умови проживання були важкими, і не так дошкуляла тіснота, як ті полчища тарганів та клопів, які мешкали тут. Боролися з ними всі разом і кожен окремо, але перемогти не могли.

Одні мешканці з гуртожитку виїжджали (в обласні центри на роботу або на квартири), інші приїжджали на навчання чи роботу. Так з'явилися Боря Кізенко та Вітя Гарасюта — інженери за фахом, які працювали в лабораторії експериментальної нейрохірургії. Керівником лабораторії був професор Тарас Михайлович Сергієнко — піонер моніторингу внутрішньочерепного тиску, винахідник, патріот Інституту і України.

В 1972 році після закінчення медфакультету УжДУ приїхала до Києва дружина Ірина, яка влаштувалася на роботу в санаторій імені 1-го Травня в Пущі-Озерній.

Інститут закінчував будівництво кооперативного будинку по вул. Д. Бідного (нині Ольжича). Вітя і Боря заготовили лак для покриття паркету в нових квартирах і тримали його в кімнаті. І одного дня неочікувано кинута вранці цигарка зробила свою брудну справу — будинок загорівся зсередини. А це був жовтень місяць. Всі, хто в чому був, почали вискакувати з гуртожитку. Вибігла і дружина Ірина (на той час вже вагітна). Микола в цей час був відсутній — виїхав надати допомогу хворому в районі. Будинок горить, всі бігають, а в кімнаті в робочому столі залишилась майже закінчена дисертація. А тут вже й пожежники заливають будиночок вогнегасною піною. На щастя, Сергій Захарченко, товариш по ординатурі, вскочив у вогонь і викинув через вікно двотумбового важкого стола з матеріалами дисертації.

Дружба, взаємодопомога, порядність — все це було і ніколи не забудеться.

Після пожежі мешканці жили в приймальному відділенні.

В грудні 1974 року Микола з Іриною першими заселилися в новий кооперативний будинок, змушені були жити без газу і води, добре, що було світло.

За результатами конкурсу наукових співробітників Микола Поліщук в 1974 р. був визнаний кращим науковим співробітником серед молодих вчених і рекомендований Вченою радою Інституту на посаду асистента кафедри нейрохірургії Київського інституту удосконалення лікарів (пізніше КМАПО).

Надзвичайно цікавою була робота на кафедрі під керівництвом професора Георгія Панасовича Педаченка, поруч з професором Сергієм Андрійовичем Ромодановим, доцентом Олександром Євменовичем Дунаєвським, асистентом Ростиславом Лукичем Андрейком, доцентом Ярославом Володимировичем Пацком.

В грудні 1974 р. пройшов попередній захист кандидатської дисертації, а остаточно захистив її у травні 1975 року.

В березні 1974 року народилася дочка Оксана. Пологи у дружини були складними, вона довго хворіла, але все минулося. Допомогали родичі, пізніше приїхала з села мама, Єлизавета Василівна.

Почав працювати в клініці професора Георгія Панасовича Педаченка. На вимогу учбового процесу в клініці лікували пацієнтів з різноманітними захворюваннями. В клініці працювала здібна честолюбна молодь: Орест Андрійович Цімейко (професор, керівник відділу судинної патології), Юрій Олександрович Орлов (професор, завідуючий відділом дитячої нейрохірургії), Євген Георгійович Педаченко (керівник наукового відділу, професор, член-кореспондент АМН України), Дмитро Сергійович Лященко (доктор медичних наук — рано пішов з життя), Володимир Васильович Рудченко (старший науковий співробітник — рано покинув світ живих), Віктор Іванович Шеглов (керівник центру ендovasкулярної патології), Вадим Андрійович Мельниченко (кандидат медичних наук), Олександр Петрович Бурлуцький (доктор медичних наук, потім зав. кафедрою Вітебського медінституту), Юрій Іванович Коп'яківський (старший науковий співробітник).

Великий клінічний досвід та широта наукових поглядів професора Г. П. Педаченка допомагали формуватися всім цим людям і як особистостям, і як фахівцям.

Обстановка в клініці була демократичною, на кафедрі дотримувались суворой дисципліни і порядку. Молоді лікарі, які працювали в клініці професора Педаченка Георгія Панасовича, могли працювати в самих екстремальних умовах.

В клініці часто оперував академік Андрій Петрович Ромоданов, особливо влітку, коли співробітники кафедри і професор Г. П. Педаченко були у відпустках.

Хірургічна майстерність Миколи Поліщука зростала, чим завдячував багатьом колегам, проте прагнув досягти витонченої майстерності професора Юрія Панасовича Зозулі та академіка Андрія Петровича Ромоданова.

З 1975 по 1983 рік працював на кафедрі асистентом, був завучем кафедри. Курсанти, особливо ті, які проходили спеціалізацію з нейрохірургії, бажали потрапити в групу Миколи Єфремовича Поліщука, цінували його рівень проведення практичних занять.

За цей час кафедра провела ряд виїзних циклів — в Краснодарі, Іжевську, Молдові, Ужгороді, Запоріжжі, читали лекції, консультували і оперували хворих. Більше за всіх оперували професор Георгій Панасович Педаченко і асистент Микола Поліщук. Професор був задоволений своїм учнем.

В 1980 р. у М. Є. Поліщука народився син Володимир, а у професора Георгія Панасовича Педаченка — онук Юрій. Обидва в цей час були у відрядженні в м. Іжевську.

В 1978 році перевіз матір, Єлізавету Василівну, з Вінничини на Київщину. Купили хату в с. Лебедівка.

В 1980 р. прийшла біда — раптово тяжко захворів на стафілококовий сепсис. Допомогали друзі — хто ліками, хто порадами — Петро Васильович Спасіченко, Юрій Іванович Ілюк, Юрій Іванович Глущенко, професор Олександр Львович Духін і багато інших. Професор Леонард Петрович Чепкій, оглянувши Миколу, відразу ж встановив діагноз і порекомендував перевести його в центральну клінічну лікарню в клініку професора Анатолія Івановича Тріщинського сказавши: «Якщо цьому хлопцеві судилося жити, то тільки Толя (вони разом вчилися і працювали) зможе його поставити на ноги...». В реанімаційній палаті було 4 хворих. За першу ніч вивезли з палати до моргу трьох.

Але знання та досвід Анатолія Івановича, новаторський пошук зробили своє — Микола Поліщук через три тижні виписався з стаціонару. Був дуже кволим, із сторонньою допомогою міг тільки один раз обійти навколо будинку. Тоді вперше в клініці як експеримент на живій людині був використаний вітчизняний «інтерферон», розробником якого був професор Микола Якович Співак (нині близький товариш). З того фатального часу Анатолій Іванович Тріщинський для Миколи Поліщука став і другом, і вчителем, і батьком. В подальшому вони разом консультували багатьох хворих, особливо в випадках складних щодо діагностики та лікування. Спілкування і співпраця з Анатолієм Івановичем сприяли науковому і клінічному становленню Миколи Поліщука, за що йому безмежна подяка.

В 1983 році перейшов на роботу в НДІ нейрохірургії по конкурсу на посаду старшого наукового співробітника лабораторії експериментальної нейрохірургії. Працював в клініці онкології та в лабораторії.

В 1983 році вчена рада Інституту нейрохірургії затвердила тему докторської дисертації. Але була умова, що після захисту дисертації поїде працювати на периферію, оскільки вільних вакансій в інституті не було. Погодився.

Восени 1983 року раптово померла дружина Ірина від тромбоемболічного інсульту. Залишився Микола вдвох з дочкою Оксанкою. Мати Єлізавета Василівна в цей час вже жила в с. Лебедівці і мала господарство.

В 1985 році Микола взяв шлюб з Людмилою Леонідовною Лях, яка працювала лікарем-невропатологом, нині — доцент кафедри швидкої медичної допомоги. Чудово живуть, подружилися і їхні діти Оксана і Максим. Зараз діти вже дорослі: Оксана — лікар-нейрорадіолог, кандидат медичних наук, Максим — менеджер з економіки. Обоє мають свої сім'ї, а в сім'ї дочки вже є двоє онучок — Ірочка і Лерочка (Валерія). Володя, середній син — асистент кафедри менеджменту КНЕУ, ще не одружений. Діти та онуки люблять батька та дідуся.

В травні 1985 року в Києві відкрилась лікарня швидкої медичної допомоги (ЛШМД). Керівником нейрохірургічної служби призначили Миколу

Поліщука, який на той час закінчував докторську дисертацію. Лікарню опікали академіки А. П. Ромоданов (нейрохірургію), О. О. Шалімов (загальну хірургію), професор І. В. Шумада (травматологію), професор А. І. Тріщинський (інтенсивну терапію і токсикологію). Щотижня Андрій Петрович робив клінічні обходи хворих у відділеннях нейрохірургії і реанімації. Це дуже допомогло Миколі Поліщуку в подальшій самостійній роботі.

В 1986 році захистив докторську дисертацію. Андрій Петрович запропонував йому очолити відділ анестезіології і реанімації в Інституті (після смерті професора О. Л. Духіна). Проте дуже вже любив учень нейрохірургію і переконав Вчителя залишити його в ЛШМД. Так воно й сталося.

Тут він зріс як клініцист, нейрохірург широкого профілю, вчений. На базі лікарні був створений центр невідкладної нейрохірургії з трьох відділень: нейротравми, судинної нейрохірургії, хірургії хребта і спинного мозку. В лікарні Микола Поліщук став доктором медичних наук, професором, Заслуженим діячем науки і техніки (1994 р.), а в 1997 р. — обраний членом-кореспондентом АМН України.

В 1990 році на базі ЛШМД було створено НВПО швидкої медичної допомоги та медицини катастроф. Микола Єфремович Поліщук став заступником директора з наукової роботи.

В 1993 році професор Георгій Панасович Педаченко за станом здоров'я зібрався на пенсію і порекомендував ректору КМАПО Віталію Миколайовичу Гиріну розглянути кандидатуру Миколи Поліщука на завідування кафедрою.

Так, з 1993 року, пройшовши конкурсну комісію, Микола Єфремович Поліщук став завідувачем кафедри нейрохірургії Київської медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика.

Необхідність надання в клініці невідкладної нейрохірургії допомоги пацієнтам з різноманітними захворюваннями зумовила широту практичної та наукової роботи професора М. Є. Поліщука.

Започаткована ще професором Г. П. Педаченком тематика черепно-мозкової травми (ЧМТ) на фоні алкогольної інтоксикації, соматичної патології, її вікові особливості знайшли своє продовження в ЛШМД.

Вперше на теренах України почали вивчати особливості поєднаної ЧМТ, травми хребта і спинного мозку, особливості декомпресивно-стабілізуючих операцій, організацію допомоги хворим з ЧМТ та поєднаною ЧМТ, хребтово-спинномозковою травмою. В клініці операції на хребті та спинному мозку здійснюються із застосуванням сучасних технологій.

В 1987 р. було організоване нейрохірургічне судинне відділення.

В клініці вперше в Україні розроблені покази та методи операцій з приводу нормотензивної гідроцефалії різного генезу.

Клініка стала базою для підготовки нейрохірургів з невідкладній нейрохірургії, організації роботи в умовах багатопрофільної лікарні.

Останні роки стали знаменними у вивченні та лікуванні хронічного болю (доцент кафедри А. О. Короткоручко) та оптимізації лікування нейрохірургічних хворих.

В червні 2001 року М. Є. був прийнятий до лав партії «Реформи і порядок». Сприяли цьому програма ПРП, виваженість та ґрунтовність її лідера, Віктора Михайловича Пинзеніка, переконливість давніх друзів — народного депутата України Володимира Дмитровича Бондаренка і члена цієї партії, Валентина Сергійович Брюховця.

В грудні 2001 р. на зборах ПРП Микола Поліщук був рекомендований кандидатом в депутати Верховної Ради України по 214 виборчому округу м. Києва від блоку Віктора Ющенка «Наша Україна». На цей час мав достойну роботу, стабільність, та й вік (58 років) і це стримувало в прийнятті рішення. Але слова Віктора Михайловича і Володимира Дмитровича: «Професоре, а чи Ви можете миритися з тим, в якому нині стані медицина в Україні?» переконали його і через три тижні він дав згоду балотуватися.

А характер має такий, що якщо брався щось робити, то обов'язково робив. Технологію виборів освоював разом з друзями. Штаб очолював Андрій Олександрович Король, йому допомагали чисельні помічники, але ближче всіх був Олег Всеволодович Виноградов. У виборчому штабі працювали друзі, колеги, родичі і колишні пацієнти, яким колись допоміг професор, студенти, курсанти. Включилися всі. Боротьба була нелегкою, було 28 конкурентів, більшість з яких мали досвід проведенн виборів, кошти, адмінресурс. Працюючи з виборцями багато ходили по округу, проводили бесіди на ринках, вулицях, дискутували з конкурентами на площах, тощо. В установи, навіть медичні, де здавалося б всі свої, головні лікарі не пускали, боялися втратити роботу.

Виборчу кампанію проводив коректно, з усіма конкурентами лишився в добрих стосунках.

Основним політтехнологом був Володимир Дмитрович Бондаренко — начальник виборчого штабу у м. Києві від блоку Віктора Ющенка «Наша Україна». Дуже напружені були дні. Зустрічаючись з людьми, вислуховував в свою адресу і добре і погане, побачив багато такого, чого не побачив навіть працюючи в ЛШМД.

Життя навчило швидкій орієнтації.

Зауваження Володимира Дмитровича (часом дуже різкі) пом'якшував старий друг Валентин Брюховець, який на той час працював у штабі ПРП.

Свій штаб збирав спочатку у себе в кабінеті. Працювали чітко, кожен знав свою роботу, все було розписано по годинах. Дії штабу корегували кожного дня вранці та ввечері.

Спробував був домовитися з суперниками, які представляли опозицію, про співпрацю, але не вийшло. Зрозумів, що кожен вважає свої шанси вищими. Отже, все як на рингу, іде бій, а переможець лише один.

Минали місяці тяжких виснажливих перегонів, а 28 березня ввечері, приїхавши додому (весь цей час за кермом автомобіля був сам) Микола Поліщук сказав дружині: «Людмила, я зробив все, щоб пройти, більше не зроблю, лягаю спати, думаю, що пройду ...». Спав аж до 10 години ранку 29 березня. Такого ще зроду не було, адже на протязі 17 років в лікарню завжди виїжджав до сьомої ранку.

В день виборів поїхав в штаб, спокійно об'їздив вулиці округу, виборчі дільниці, а їх було 72, перевірів, чи немає порушень.

Вибори були складними: завозили на дільниці автобусами студентів, курсантів Школи міліції, додаткових військових, число яких склало понад 2000, адже важить кожен голос. В лікарнях, де сподівався на повну перемогу, вона була, але не надто вражаючою (багато було зіпсованих бюлетенів, а в своїй рідній ЛШМД — вибори зірвала адміністрація лікарні). Прикро, але ...

Відігравала негативну роль по відношенню до «Нашої України» і партія Хрещатика «Єдність» — авторитет голови Києва О. О. Омельченка є надзвичайно високий, голосів на виборах в Києві партія набрала багато, але по Україні не перейшла 4% бар'єр.

Першими спрогнозували результат виборів спостерігачі від кандидата Балашова, які мали добрий мобільний зв'язок. В лікарні №3 вони поздоровили дружину Миколи Єфремовича, Людмилу, яка там була як спостерігач «... Ми Вас вітаємо, лідирує М. Є. Поліщук. Жаль, що програємо, але програємо достойній людині...» Це було сказано о 3-й ночі, а о 7-й ранку Михайло Рябець по радіо оголосив: «по Києву на 7-му ранку лідирують Володимир Бондаренко та Микола Єфремович Поліщук». Це була радість близької перемоги, бо підрахунки голосів на одній з дільниць продовжувалися аж до 17-ої першого квітня, а це була аж ніяк не переможна дільниця — там голосувало кілька тисяч військових. І от маємо останній протокол з мокрою печаткою в штабі, різниця в 5000 голосів переконлива, але Володимир Бондаренко, обійнявши і привітавши словами «ну, що, колего», не дає розслабитися.

З'явилося офіційне повідомлення, були вітання друзів, Віктора Ющенка, Президента. Відзначали цю перемогу всією командою в Пущі-Озерній.

Почалося нове життя.

Але і хворих не покинув — з 7–8-ї ранку професор в клініці (один-два рази на тиждень), а о 10-й годині, інколи об 11-й — вже в залі Верховної Ради. Незвично читати закони, постанови, адже раніше читав в основному медичну літературу. Змінив робочий графік — почав вставати о 5.30, щоб прочитати необхідні матеріали, а ще була підтримка в залі, допомога політради в рідній ПРП, яку складають люди високої порядності та інтелекту. А взагалі — це сама велика консолідована фракція на чолі з харизматичним лідером Віктором Андрійовичем Ющенком. Багато є шанувальників і знайомих в інших фракціях, адже в багатьох є потреба порадитися з лікарем.

Фракція виграла вибори зі значним відривом від інших партій і блоків, проте з відомих причин не здійснилася надія людей — владу не взяли.

Визначили пріоритетними ряд комітетів, зокрема такий важливий в соціальному плані, як комітет з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства. Володимир Бондаренко і тут проявив свою непоступливість (адже по Києву у восьми виборчих округах з дванадцяти перемогла «Наша Україна» Віктора Ющенка) і далекоглядність.

Микола Поліщук його не підвів. За час роботи внесено 55 Законодавчих актів і постанов, 32 рази виступив з трибуни Верховної Ради України та 23 з місця, зроблено 10 запитів в різні інстанції. Комітет, очолюваний Миколою Єфремовичем Поліщуком в жовтні 2002 року провів День Уряду. «Про стан справ в охороні здоров'я в Україні» і дав негативну оцінку роботі Кабінету Міністрів. Адже за недостатнього планування (1/3 від потреби) галузь у 2002 р. була профінансована за залишковим принципом. Вперше Верховна Рада намітила шляхи реорганізації галузі охорони здоров'я і 28 листопада 2002 р. прийняла відповідну Постанову.

Комітет плідно працював з бюджетним комітетом, багатьма депутатами та МОЗ України, наслідком чого на 2003 рік були суттєво збільшені видатки на охорону здоров'я — з 6462,2 млн. грн. (25,1 дол. США) на одну людину до 8024,9 млн. грн. (30,1 дол. США), а на 2004 р. — 10099,3 млн. грн. (34,9 дол. США). Звичайно це дуже мало, та ще враховуючи що майже 90% виділених коштів піде на утримання галузі, то зовсім мало. Але це вже інші питання. У 2003 р. охорона здоров'я профінансована повністю і в цьому є заслуга і профільного комітету. Вперше за роки незалежності України комітет і МОЗ працюють разом. Знайшли спільну мову з міністром охорони здоров'я Андрієм Підаєвим, який хоче робити зміни. Працюють однодумці В'ячеслав Передерій, Володимир Білий, досвідчені Олександр Орда, Володимир Загородній та інші.

19 травня 2003 року проведені гучні парламентські слухання «Епідемія туберкульозу в Україні та шляхи її подолання». Результатом слухань стала ратифікація угоди між світовим банком і Україною про виділення позики....

11 листопада 2003 р. комітет організує і проводить у Верховній Раді День Уряду на тему «Заходи Уряду з профілактики та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань як основної причини смертності та інвалідизації населення України».

1 грудня 2003 р. в день Всесвітньої боротьби з ВІЛ, СНІДом комітет проводить парламентські слухання на тему: «Соціально-економічні проблеми ВІЛ/ СНІДом, наркоманії та алкоголізму в Україні та шляхи їх розв'язання».

Гострота проблем, піднятих Головою комітету, свідчить про пріоритети фракції «Наша Україна». На 2004 рік намічені парламентські слухання з онкології та травматизму, поширеність яких спричиняє зменшення

населення України: «Онкологічні захворювання в Україні. Проблема та шляхи подолання» та «Травматизм як основна причина смертності та інвалідності працездатного населення України».

Авторитет і громадська позиція М. Є. Поліщука визнані в Україні і в Києві — його обирають головою Київського філіалу Всеукраїнського громадського об'єднання «За Україну. За Ющенка».

Активна позиція професора-медика М. Є. Поліщука, це — домогтися підвищення заробітної плати, проведення реформ в галузі охорони здоров'я, поліпшення фінансування медицини, культури, освіти. Особливо слід відзначити позицію з неприпустимості введення ПДВ на ліки під час прийняття бюджету на 2004 рік. Тут колосальну роль відіграли засоби масової інформації в УНІАН. Організована прес-центром фракції «Наша Україна» конференція викликала обурення в пресі і громадськості про неприпустимість цього ганебного, спланованого Урядом, акту. Енергія, переконливість, аргументація, з якою провів конференцію професор М. Є. Поліщук, Голова комітету, принесли результат. Президент заявив, що його вкотре «підставив» Уряд і завірив, що ПДВ на ліки не буде введений.

Але не заспокоюється на цьому Микола Поліщук. Він виступає за реорганізацію галузі охорони здоров'я, збільшення її фінансування та ефективне використання бюджетних коштів. Його лозунг: «Фінансування охорони здоров'я повинне бути перш за все для пацієнтів, а не для галузі. Але при цьому не слід забувати інтересів медиків і медицини як однієї з найважливіших складових суспільства. ... Держава повинна зосередити максимум зусиль на профілактиці захворювань, це й ефективніше і значно дешевше.»

Кредо професора: «Робиш — не бійся, боїшся — не роби, не зробиш — загинеш».

Отже все свідоме життя — це боротьба, але боротьба творча — для людей.



фото 1
Роки навчання в УЖДУ



фото 2
Батьки М. Є. Поліщука



фото 3
З братом Анатолієм



фото 4
З дочкою до школи



фото 5
З покійною дружиною
Іриною
та дочкою Оксаною



фото 6
Баба Ліза з онуками
Оксаною та Іриною



фото 7
Щасливий дідусь
з онучками



фото 8
В колі сім'ї



фото 9
М. Є. Поліщук з
дружиною Людмилою
під час конгресу
в Австрії



*фото 10
Під час всесвітнього
конгресу нейрохірургів в
Сідней (Австралія)*



*фото 11
Випускники УжДУ,
1969 р.*

*Тримайся істини, вірності,
досвіду, правдивості, дружби.
Піттак*

ШЛЯХИ СТАНОВЛЕННЯ НЕЙРОХІРУРГА

Вперше майбутній нейрохірург побачив хірургічне відділення і сам побував в руках хірурга взимку 1961 року. Трапилась біда — на уроці фізкультури зламав стегову кістку. Перелом був закритим. Хірург районної лікарні майстерно здійснив скелетний витяг, співставив відламки і наклав гіпс на 3 місяці. Перебуваючи в хірургічному стаціонарі юнак побачив людські страждання, готовність хірургів в будь-який час прийти на допомогу. Запам'ятались вдячні очі вилікуваних хворих та їх родичів.

От тоді і подумав, якщо стану колись лікарем, то тільки хірургом.

В 1963 році мрії почали здійснюватись, поступив на медичний факультет Ужгородського університету.

Студентом III курсу почав брати участь у виконанні операцій під час нічних чергувань в обласній лікарні. Загальну хірургію викладав талановитий хірург, доцент Мізун Петро. Він оперував обережно, анатомічно, надзвичайно швидко. Більшість операцій були під місцевою анестезією або масочним наркозом. Це був хірург широкого профілю — оперував на черевній порожнині, на судинах кінцівок. З ним освоїв апендектомію, операції з приводу грижі, ампутації нижньої кінцівки. Завдяки першому вчителю з хірургії освоїв принципи гнійної хірургії. Книга професора В.Ф. Войно-Ясенецького «Очерки гнойной хирургии» 1956 року видання стала настільною.

А в останні роки над робочим столом як вдома, так і на роботі висить освячена ікона архієпископа Луки — канонізованого церквою професора медицини. Життєвий шлях його вартий наслідування — не зрікся віри, в місцях заслання, не маючи оснащених операційних, лікував, оперував хворих, написав монументальну працю, за яку отримав Сталінську премію.

Набуті знання застосовував на практиці. Приїжджаючи додому на літні канікули допомагав сільському фельдшеру під час прийому хворих — розтинав абсцеси, флемони, вправляв вивихи, робив перев'язки.

З IV курсу почав асистувати під час нічних чергувань в хірургії.

В 1968 році в університет прийшов кваліфікований нейрохірург Михайло Олександрович Бізіля. З цього часу студент Микола Поліщук при

нагоді виїздив з ним по області надавати допомогу нейрохірургічним хворим, в основному з черепно-мозковими та хребетно-спинномозковими ушкодженнями.

Михайло Олександрович щиро ділився своїм досвідом і знаннями, багато розповідав про Київський інститут нейрохірургії та його традиції.

По закінченні університету в 1969 році був направлений на роботу в гірський район (с. Великий Березний) лікарем-анестезіологом, але додатково дали ще 0,5 ставки хірурга і 0,5 ставки акушера-гінеколога. Робота була лише в поліклініці — обробка ран, опіків, допомога при вивихах суглобів та ін. І так майже цілий рік.

Завідувач відділенням був чудовим хірургом, проте ординаторів до хірургічних планових операцій не допускав, і, звісно, своїми знаннями і досвідом не прагнув поділитись (такий тип хірургів був, є, і мабуть, буде).

Одну планову операцію (під час свого чергування) Микола Поліщук таки зробив, та ще й використав інструменти самого завідувача. Старший колега нічого не сказав, але операційна сестра і санітарка від Василя Петровича (завідувача) отримали суворе попередження: «Ще раз дасте інструменти без мого дозволу — вижену з роботи».

Цей випадок запам'ятовується, адже запам'ятовується і добре, і погано.

І коли пізніше почав оперувати сам, то своїм обов'язком вважав навчати лікарів під час виконання операції, підказувати, загострювати увагу на окремих деталях, підходах. Теоретичні знання набуваєш сам, а от практичні — обов'язково з досвідченими колегами, вчителями.

Дякувати Богові, вчителі на життєвому шляху Миколи Поліщука були, хоча багатьох з них вже немає з нами.

Як вже згадувалось, перші кроки в нейрохірургії були пройдені разом з Михайлом Олександровичем Бізілею ще в університеті.

А далі була школа.

Восени 1970 року Микола Поліщук був прийнятий в клінічну ординатуру Київського НДІ нейрохірургії.

Клінічний досвід М. Є. Поліщука формувався під впливом відомих клініцистів — професорів А. П. Ромоданова, Г. П. Педаченка, Ю. П. Зозулі, О. Л. Духіна та інших. Традиції інституту, а саме цієї школи, де перш за все інтереси хворого, Микола Єфремович, не тільки перейняв, він їх зберіг і розвиває.

Хірургічна майстерність приходить не зразу, вона є наслідком наполегливої праці і відчуття розумного раціоналізму, бажання допомогти хворому, а не тільки прооперувати. Як раз цьому було в кого вчитися в НДІ нейрохірургії. Виважена обережність та клінічне мислення академіка А. П. Ромоданова, професора Г. П. Педаченка, які завжди аналізували не тільки необхідність виконання операції та її обсяг, а й особливо якість життя хворого після втручання, радикалізм та філігранна техніка професора Ю. П. Зозулі — все це для допитливого молодого нейрохірурга стало справжнім здобутком.

Становлення нейрохірурга — це наслідок тривалої праці, і не тільки в операційній, а й за книгами, атласами, в патологоанатомічному відділенні Інституту.

В Інституті нейрохірургії асистував багато, на чергуваннях підміняв старших і колег. Умова була одна — віддати асистенцію або чергу помитися на самостійну операцію. Не пропускав жодного патологоанатомічного дослідження, а їх в ті роки було багато. Адже в 50–60-ті роки минулого сторіччя казали, що постачальниками цвинтарів у Києві є три «А» — Антонов, Амосов, Арутюнов. Це дійсно так — авіація, кардіохірургія, нейрохірургія проходили шлях становлення, шлях розвитку.

Постійна робота в операційній почала приносити свої результати. Володимир Рудченко, старший науковий співробітник, стоячи за спиною молодого нейрохірурга (а він часто давав Миколі здійснювати певні етапи операції), якось сказав: «З цього хлопця будуть люди, він буде добрим хірургом».

В хірургії Микола Єфремович самобутній. Він оперує нестандартно і сказати, кого він наслідує, дуже нелегко. Можливо тому, що він вчився оперувати і в своїх знаменитих вчителів академіків і професорів, і в багатьох своїх друзів і колег: Д. С. Лященка, М. О. Цимбала, В. І. Щеглова, В. В. Рудченка, Ю. І. Коп'яківського, Б. А. Пельца, Ю. С. Бродського та інших, а ще багато перейняв від своїх колег з Росії, Англії, США та ін.

Особливо слід згадати Д.С. Лященка — особистість в нейрохірургії і в медицині. Оперувати на задній черепній ямці навчив Миколу Єфремовича саме Дмитро Сергійович Лященко. Сам він оперував швидко, результативно. Запам'ятався один цікавий епізод з їхньої роботи. Як завжди, помилися на операцію. І раптом Дмитро Сергійович стає на місце асистента, а скальпель дає Миколі й каже: «Оперуйте, лікарю, я буду Вам асистувати». Це була перша самостійна операція на задній черепній ямці (видалення пухлини, вентрикулоцистерностомія). Було не легко, але досвідчений вчитель стояв поруч і результат вийшов добрим.

Навчив Дмитро Сергійович Миколу Поліщука лікувати гнійні рани, ознайомив з гомеопатією, рефлексотерапією. Завжди відчувалось дбайливе ставлення до хворих.

Д. С. Лященко рано пішов з хірургії та й з життя (мав нестабільний артеріальний тиск, і як наслідок, розвинувся інсульт), але пам'ять про нього залишилась назавжди.

Надзвичайно важливий період у формуванні Миколи Єфремовича Поліщука, як лікаря, хірурга, особистості в медицині зіграла доля, а саме його робота в лікарні швидкої медичної допомоги (ЛШМД).

В травні 1985 року директор Інституту нейрохірургії А. П. Ромоданов, головний лікар М. П. Гук та 41-річний старший науковий співробітник нейрохірург М. Є. Поліщук приїхали на вул. Братиславську, 3, в ЛШМД, де тільки що відкрилося нейрохірургічне відділення. Знайомство з

головним лікарем Б. Н. Руденком і керівництвом ГУОЗ м. Києва було коротким. «Інститут буде представляти Микола Єфремович Полішук. Він здібний, досвідчений, знає що і як робити. Всі питання він узгоджуватиме зі мною, сприймайте його як мене». Такі слова були сказані академіком Андрієм Петровичем Ромодановим.

Це дало можливість честолюбному здібному молодому нейрохірургу організувати унікальну службу невідкладної нейрохірургічної допомоги і створити свою школу, якою академік А. П. Ромоданов пишався.

В ЛШМД Микола Єфремович пройшов шлях від старшого наукового співробітника до доктора медичних наук, професора, члена-кореспондента АМН України, Заслуженого діяча науки і техніки України, завідувача кафедри нейрохірургії Київської медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. Звідси був обраний народним депутатом України по 214 виборчому округу (Дніпровсько-Деснянський район м. Києва).

Але все це відбулося після багатьох років напружених буднів та безсонних ночей.

В 1985 р. в ЛШМД зібралася здібна молодь (хірурги, травматологи) і кожен хотів зробити свою службу найкращою. На нейротравму не звертали увагу, хворі з гематомами могли годинами чекати черги в передопераційній, бо не вистачало анестезіологів. Провідниками служби в ЛШМД були хірурги. Це був надзвичайно тяжкий час, і його треба було пройти. Патологоанатомічні конференції, аргументовані докази таки зробили свою справу — нейрохірургічних хворих стали вважати як таких, що потребують невідкладної допомоги, не тільки щодо виконання операцій, але й їх ведення. Операції з видалення гематом стали здійснювати в перші 2–3 години, діагностику проводити в перші 20–30 хвилин. В ЛШМД першими застосували комп'ютерну та магнітно-резонансну томографію, яку зараз проводять цілодобово.

Перші роки в ЛШМД були надзвичайно тяжкими, адже мало бути керівником, необхідно ще ствердитись як лікарю, як нейрохірургу, як особистості.

В ЛШМД на той час працювали досвідчені нейрохірурги з Жовтневої лікарні м. Києва, з інституту нейрохірургії, звільнені з лав Радянської армії. Необхідно було не тільки показати, що знаєш більше за них, але й що багато чого вмієш. В хірургії авторитет завойовують не розмовами, а справами і, перш за все, за операційним столом. Нейрохірурги з Жовтневої лікарні непогано оперували потерпілих з черепно-мозковою травмою, а от при спінальній доводилось викликати Миколу Єфремовича вночі.

Лікарня почала надавати ургентну нейрохірургічну допомогу населенню м. Києва. Спочатку це була допомога з приводу тільки черепно-мозкової та хребетно-спинномозкової травми, потім — гострої патології хребта і спинного мозку, оклюзійно-гідроцефальних та дислокаційних синдромів, гострого порушення мозкового кровообігу, в останні роки — больового синдрому.

Слід зазначити, що потім всюди, де бував (Москва, Мінськ, Новокузнецьк, Іжевськ, Краснодар, Лондон, Майямі, Берлін, Будапешт, Едмонтон та ін.) завжди намагався відвідати клініку і обов'язково — операційну. Дивився все — від укладання хворого на операційний стіл до доставки в палату, і особливо звертав увагу на післяопераційне ведення хворих.

Так формувалася в Україні служба невідкладної нейрохірургії, створювалася самотутня, неповторна школа нейрохірургів.

Суттєвий недолік вбачав Микола Єфремович в спінальній нейрохірургії. В лютому 1986 року, за домовленістю з професором А. А. Луциком, він їде в Новокузнецьк ознайомитися з організацією та особливостями спінальної нейрохірургії. Місяць роботи в Новокузнецьку дав свої результати. До речі, там спінальна нейрохірургія була кращою не тільки в СРСР, але й однією з найкращих в Європі. Багатьох лікарів Микола Єфремович відрядив на курси в Новокузнецьк: В. М. Деркача, В. І. Резніченка, В. Г. Харченка, Р. А. Склера, І. П. Курильця, С. В. Комарницького, щоб мали змогу ознайомитися з особливостями майстерності новокузнецьких колег.

Вперше в Україні в ЛШМД були впроваджені мініінвазивні операції з приводу остеохондрозу поперекового відділу хребта, задньо-бокові доступи на грудному відділі хребта, трансоральні доступи до блюменбахового скату та С-1 хребця. Це були сміливі кроки молодого нейрохірурга, які не завжди адекватно сприймали його колеги, проте результат був позитивний.

Цікавий приклад. Обговорюються проблеми в кабінеті академіка А. П. Ромоданова і молодий доктор медичних наук М. Є. Поліщук доповідає про можливість видалення міжхребцевих дисків міждужковим доступом без ламінектомії. Однозначна «оцінка» старших колег спінального відділення інституту: «Це авантюра, такого не може бути». Демонстрація трьох прооперованих хворих на засіданні товариства нейрохірургів м. Києва зустріла таку ж саму оцінку авторитета спінальної нейрохірургії України (бо на рентгенограмах всі кісткові структури були на місці).

Пройде небагато часу і вже ніхто не сумніватиметься, що мініінвазивна спінальна нейрохірургія при остеохондрозі — це оптимальний метод лікування. Першим, хто відстояв це, був Микола Єфремович Поліщук.

Надзвичайно складним було впровадження в практику нейрохірургії декомпресивно-стабілізуючих операцій при травмі хребта і спинного мозку. Тут шлях нейрохірурга-новатора проходив від використання різного роду стяжок, пластин ХІТО, ЦІТО, судинних протезів, дротяно-протокрилової стабілізації до сучасної транспедикулярної стабілізації, поєднання їх з передніми та задньо-боковими доступами. Зараз всі ці складні операції з успіхом виконують учні професора — Є. І. Слинько (д.мед.н.), В. М. Деркач (к.мед.н.), О. Л. Ісаєнко (лікар) та інші, і не

тільки в Києві, а і в Луганську, Одесі, Полтаві, Тернополі, Ужгороді, на Волині, у Львові, практично в усіх обласних центрах України.

Шлях до освоєння спінальної нейрохірургії був тяжким. Передові в свій час технології в НДІ нейрохірургії стали вже не передовими, а авторитети професорів з цього питання були тормозом до нового.

Вдихнули новизну відставники — підполковник Дем'ян Павлович Йорш та полковник Олександр Миколайович Фьодоров. Д. П. Йорш допоміг впровадити передні доступи до шийного відділу хребта при його травмі, а О. М. Фьодоров — передні доступи до поперекового та грудного відділів хребта. За короткий час М. Є. Поліщук почав оперувати майже вдвічі швидше із значно меншою крововтратою, що визнали старші колеги. Ці чудові люди рано пішли з життя — через гостру серцево-судинну недостатність. Але свій вагомий внесок у невідкладну нейрохірургію України вони зробили.

Показником якості роботи спінальної клініки ЛШМД є 16 прооперованих хворих, які постраждали від землетрусу в Спітаку (1987 рік). Фахівці з США повторних операцій цим хворим не проводили і високо оцінили клініку, а відповідно і керівника нейрохірургічного центру ЛШМД.

Вперше в Україні запроваджені операції з приводу компресійної мієлопатії внаслідок патології міжхребцевих дисків шийного та грудного відділів хребта. Після цих операцій не було жодного летального випадку, а 85 % прооперованих мали хороші та задовільні результати.

Про майстерність професора М. Є. Поліщука свідчить такий випадок. В операційній були присутні нейрохірурги з Угорщини. Хвора перебуває під наркозом, професор обробляє операційне поле. Колеги кажуть, що вони на 30-40 хвилин відійдуть ознайомитися з клінікою і прийдуть, коли буде здійснений доступ до передніх відділів хребта. На це Микола Єфремович відповів, що через 10-15 хвилин доступ вже буде виконаний. Це зацікавило колег і вони засікли час. Через 7 хвилин доступ до передніх відділів хребта на рівні С5-С6 був здійснений, операція пройшла швидко, без ускладнень. Гості були задоволені і здивовані майстерністю колеги.

Перші операції з видалення тіл шийних хребців, міжхребцевих дисків на рівні шийного відділу хребта при травмі та захворюваннях були також проведені Миколою Поліщуком. Оперував багато, технічно, рана завжди суха, анатомічно все видно. Як сказав колись доцент А. А. Скляр: «Колю, я як дивлюся, коли ти оперуєш, то тут нічого складного немає».

Своїми знаннями і досвідом щедро ділився з учнями, радів їх успіхам, допомагав при невдачах. Згадується такий випадок. Невдовзі після впровадження методики один із здібних учнів професора, виконуючи доступ до передніх відділів хребта, поранив стравохід, що є надзвичайно небезпечним ускладненням. Професор сам закінчив операцію, зашив рану стравоходу, заінтубував його трубкою і наказав протягом 12 діб спостерігати за хворим, що учень і виконав. Ускладнень не було. Проте

молодий нейрохірург довго не міг зважитися на наступну операцію на шиї. Микола Єфремович зробив у цій ситуації так, як з ним колись вчинив його вчитель. В плані чергової операції він — хірург, а учень — асистент. Почалась операція. Асистент зробив розріз, і тут йому повідомили, щоб він далі оперуватиме сам, оскільки професора терміново викликали на консультацію. А професор в цей час сидів в кабінеті, і йому доповідали про хід операції. Під кінець операції він сам з'явився в операційній. Учень подолав бар'єр невпевненості, самостійно виконав операцію. Тепер це відмінний нейрохірург, яким пишається Микола Єфремович.

Основним напрямком роботи ЛШМД була черепно-мозкова травма: особливості клінічного перебігу, діагностика, особливості лікувальної тактики. Відсутність в ті часи сучасних методів діагностики компенсувалася ґрунтовними знаннями неврології, аналізом клінічних спостережень та інтуїцією. Переживав з колегами і учнями успіхи та невдачі. Працювали на ентузіазмі і, працюючи, вчилися.

Один з перших таких хворих — Сашко Х., 14 років. Госпіталізований з тяжкою черепно-мозковою травмою після ДТП (збила машина). Оперують вдвох із Д. П. Йоршем. Виходжують всі разом (анестезіологи і нейрохірурги). Хворий протягом 18 днів перебував на штучній вентиляції легень, потім йому були здійснені ще дві операції. Все обійшлося. Сашко, тепер Олександр, закінчив медичне училище, зараз працює інструктором-викладачем східних єдиноборств в одній з спортивних шкіл м.Києва.

Колеги слідкували за кар'єрою Миколи Єфремовича і раділи цьому, а дехто — заздрив. Та ще давньогрецький драматург Есхіл говорив: «Незавидна доля того, кому ніхто не заздрить».

Ще такий випадок. Восени 1986 року пролунав дзвінок з Дніпропетровська від колег-анестезіологів, занепокоєних долею молодого перспективного дельтопланериста, комсомольського ватажка, брата лікаря-анестезіолога. Дельтаплан, потрапивши в повітряний потік, різко впав. Спортсмен отримав тяжку черепно-мозкову травму, перебуває в комі. За даними проведених досліджень гематома не виявлена. Минуло два тижні, проте свідомість відсутня. Рідні і колеги стурбовані. В місті є два кваліфікованих професора-нейрохірурга, які погоджуються на виклик консультанта. Ситуація непроста: приїжджає молодий доктор медичних наук до своїх вчителів, зустрічає і своїх учнів, які там працюють. Тобто, помилятися не можна, іде екзаме́н, від якого залежить життя молодої людини. М. Є. Поліщук уважно оглядає потерпілого, знайомиться з історією хвороби і рекомендує здійснити підкроневу декомпресію. Колеги сумнівалися і заперечували, але як офіційний консультант він настояв на виконанні операції і не помилився, бо через дві доби після втручання свідомість почала повертатись. Після одужання Петро К. працював на одному з великих науково-промислових підприємств Дніпропетровська, став Лауреатом премії ЛКСМУ.

Необхідність, зумовлена повсякденною напруженою роботою в ЛШМД, змусила ретельно вивчати особливості черепно-мозкової травми, політравми, а пізніше — хребетно-спинномозкової травми та гострого порушення мозкового кровообігу.

Проте першим етапом було вивчення черепно-мозкової травми.

Цьому приділяли надзвичайну увагу і результатом були довершені кандидатські дисертаційні роботи: Сергія Андрійовича Усатова «Клинико-реоэнцефалографические сопоставления в динамике сотрясения головного мозга, полученного в состоянии алкогольного опьянения» (1986 р.), Миколи Васильовича Квасницького «Наслідки легкої черепно-мозкової травми, перенесеної в підлітковому та юнацькому віці» (1988 р.), Володимира Івановича Смоланки «Легка черепно-мозкова травма у осіб молодого та середнього віку» (1989 р.), Богдана Григоровича Насалика «Вплив легкої черепно-мозкової травми на серцеву діяльність» (1991 р.), Андрія Олександровича Данчина «Диференційоване хірургічне лікування хронічних субдуральних гематом» (2001 р.), Юрія Васильовича Гриніва «Особливості черепно-мозкової травми середнього та тяжкого ступеня в осіб старших вікових груп» (2003 р.). Ці роботи були оригінальними в колишньому СРСР. М. Є. Поліщук детально займався питанням нормотензивної гідроцефалії у дорослих; спочатку післятравматичної, у подальшому — дисциркуляторної та інших форм. Сміливо відстояв цю патологію на конференції нейрохірургів у Львові в 1996 році. На сьогодні прооперовані сотні хворих. В Україні методика одержала право на життя, а в клініці виконана дисертація В. В. Шевчука по післятравматичній гідроцефалії.

Клініка завоювала авторитет серед колег з Москви, Ленінграда, Саратову, не кажучи вже про Україну.

Миколу Єфремовича обрали членом Пленуму правління наукового товариства нейрохірургів СРСР з питань нейротравматології.

Здібна молодь прагнула до науки, нейрохірурги бажали працювати під керівництвом М. Є. Поліщука. Він гідно перейняв естафету від професора Г. П. Педаченка, вивчаючи проблеми нейротравматології. Не шкодував часу, допомагав молодим вченим-нейрохірургам, оскільки свого часу був свідком того, як багато уваги приділяв Георгій Панасович роботі з дисертантами, зокрема, з іноземцями. Їх було на кафедрі один-два щорічно. Необхідно було не тільки навчити оперувати, а й випустити кандидатом наук.

Докладені зусилля вже дала свої результати. Троє перших учнів — С. А. Усатов, В. І. Смоланка, М. В. Квасницький зараз вже доктора медичних наук, самі завідують кафедрами чи курсами.

Вже багато років надзвичайною проблемою була і залишається поєднана черепно-мозкова травма. Професор М. Є. Поліщук цей напрям визначає як основний в роботі і дослідженнях. І знову виконуються дисертаційні дослідження: А. А. Бочарова «Особливості клінічного

перебігу, принципи діагностики та надання невідкладної допомоги потерпілим похилого і старечого віку з поєднаною черепно-мозковою травмою» (1990 р.), В. Г. Харченко «Важка черепно-мозкова травма, поєднана з позачерепними пошкодженнями різного ступеня важкості» (1994 р.), К. Я. Передков «Особливості діагностики та лікування ушкоджень лицьового черепа при поєднаній черепно-мозковій травмі» (1991 р.), О. В. Мазуренко «Діагностика та лікування пошкоджень дванадцятипалої кишки у поєднанні з черепно-мозковою травмою» (1995 р.), Я. Л. Заруцький «Діагностика та хірургічне лікування пошкоджень печінки при закритій поєднаній абдомінальній травмі» (1997 р.), Ельман Бабаєв «Поєднана краніоскелетна травма на фоні алкогольної інтоксикації» (1999 р.).

Глибокі знання, клінічна спостережливість, наукова обґрунтованість підходів, інтуїція клініциста, який щоденно зранку допізна працює на передовому краї нейрохірургії, дозволили створити свою унікальну школу з невідкладної нейрохірургічної допомоги.

Вводяться стандартизовані підходи до лікування потерпілих з ізольованою та поєднаною черепно-мозковою травмою.

Працюючи разом з професором А. І. Тріщинським і об'єднавши зусилля, М. Є. Поліщук є провідником цього напрямку в Україні, що значно поліпшило якість надання допомоги таким хворим.

Важко уявити клініку невідкладної нейрохірургії без ушкодження периферичних нервів. Клінічні спостереження підтвердили не тільки складність діагностики, а й переваги раннього виконання операцій з приводу ушкодження периферичних нервів, що вперше в Україні та й в країнах СНД науково довів Шрамко В. І. в дисертації «Діагностика і комплексне лікування пошкодження периферичних нервів в гострому періоді» (1990 р.).

За ініціативою М.Є. Поліщука відкрите ще одне відділення політравми в м.Києві — в клінічній лікарні № 17. Тут працюють його учні і послідовники, а часто і сам він приїздить на консультації.

В Україні, як і в колишньому СРСР, існували розбіжності щодо підходів до лікування потерпілих з хребетно-спинномозковою травмою. Нейрохірурги і травматологи обстоюють різні підходи: перші за необхідну декомпресію спинного мозку, другі — за стабілізацію хребта без належної уваги до спинного мозку.

Вивчивши досвід колег з Новокузнецька, Саратова, Москви, Ленінграду та дані світової літератури Микола Єфремович спрямував свої знання і вміння на надання допомоги потерпілим з хребетно-спинномозковою травмою та її ускладненнями, заохотив до розв'язання проблеми здібну молодь. Виконуються дисертаційні роботи: В. М. Деркач «Лікувальна тактика при хребетно-спинномозковій травмі в гострому та ранньому періоді» (1995 р.), І. П. Курілець «Нові способи лікування

нейрогенних розладів сечовиділення у хворих з патологією спинного мозку» (1988 р.), Нагієв Айдин «Хребетно-спинномозкові травми, поєднані з екстравертебральними ушкодженнями» (1995 р.), А. В. Муравський «Інфекційно-запальні ускладнення у хворих з травмою хребта та спинного мозку» (1996 р.), К.П. Телеснюк «Особливості травми хребта та спинного мозку в осіб старших вікових груп» (2002 р.), Л. В. Бублик «Ускладнені ушкодження шийного відділу хребта» (2004 р.).

Глибокі знання, висока хірургічна майстерність, лікарська інтуїція Миколи Єфремовича скоро вивели його в лідери з проблем хірургії хребта і спинного мозку не тільки в Україні, а й в країнах колишнього СРСР. Відвідуючи передові клініки (Новокузнецьк, Лондон, Берлін, США штат Флоріда) і переймаючи там досвід, він домовляється про стажування здібної молоді для навчання та освоєння нового.

З яким задоволенням вони дзвонять шефу, а потім розповідають своїм колегам, як вони на рівних брали участь та дискутували під час клінічних оглядів спінальних хворих, відзначаючи, що тактика лікування цих хворих в університетських клініках США, Англії, Німеччини, Франції така ж сама, як у їхнього професора в Києві. Незважаючи на суттєві розбіжності в обладнанні, їх шеф оперує не гірше, ніж зарубіжні фахівці.

Про це свідчить випадок, який стався у 2001 р. в Лівані. Професор М. Є. Поліщук брав участь у конференції нейрохірургів, яка проходила в столиці цієї країни Бейруті. На ній обговорювалися деякі клінічні спостереження. Постало питання, як оперувати хворого зі стенозом хребтового каналу на рівні шийного відділу хребта. Свої думки з приводу операції висловили нейрохірурги з провідних шпиталів Лівану — американського і французького, а також представник України — професор М. Є. Поліщук.

Через 3 дні нейрохірург з Лівану запрошує професора М. Є. Поліщука з дружиною на вечерю в дорогий ресторан. На запитання професора: «Чим я зобов'язаний такому прийому?» — почув відповідь колеги: «Я зробив операцію згідно Ваших рекомендацій, результат відмінний. Тому я запросив Вас до ресторану».

Вперше в країнах СРСР професору М. Є. Поліщуку вдалося налагодити стосунки з травматологами-ортопедами в підходах до лікування хребетно-спинномозкової травми. З благословінням академіка А. П. Ромоданова молодий доктор медичних наук пішов на контакт з колегами з Київського та Харківського НДІ травматології та ортопедії, засвоїв методики і поєднав особливості нейрохірургічних та ортопедичних підходів до лікування хребетно-спинномозкової травми. При цьому, як нейрохірургічний, так і травматолого-ортопедичний етапи операції виконував сам. Своїм обов'язком вважає навчати молодих нейрохірургів оперувати. Сам впроваджує нові операції, як правило, оперує в складних ситуаціях, тяжкохворих, хворих старшого віку, там, де можуть бути ускладнення, де

слід уникати значної крововтрати. В активі професора оперовані і лікарі-колеги, професори, шахтарі після аварій, потерпілі від землетрусу, хворі похилого віку.

Результатом спостережень, досліджень та оперативних втручань є чудова книга «Повреждения позвоночника и спинного мозга» (2002 р.), яка сьогодні є найпопулярнішою серед нейрохірургів та травматологів від Чопа до Владивостока. В цій книзі поєднані знання з нейрохірургії, травматології та ортопедії, наведені патофізіологія хребетно-спинно-мозкових ушкоджень, клініка, діагностика, анестезіологія, реанімація та реабілітація хворих. На сьогодні це найбільш практична і науково обґрунтована книга, присвячена цій патології.

Андрій Петрович Ромоданов пишався досягненнями свого учня і при нагоді демонстрував це колегам. Так, у 1989 р. академік Б. В. Петровський і академік А. П. Ромоданов відвідали клініки ЛШМД. Академік Б. В. Петровський, побачивши прооперованих хворих сказав своєму другу: «Тобі, Андрію, можна радіти, хороші в тебе учні».

Але характер у Миколи Єфремовича невгамовний. Він бере під свою опіку неврологічне відділення ЛШМД, а на запитання академіка А. П. Ромоданова: «Що ти ще хочеш? В тебе великий авторитет, працюй, вдосконалюй те, що робиш», — була відповідь: «Я хочу оперувати все, що є в нейрохірургії».

Тільки ЛШМД з її особливим ритмом роботи, необхідністю швидко надати допомогу в повному обсязі дала змогу сформувати нейрохірурга широкого плану, який різноманітну патологію оперує на високому рівні, а інтенсивну терапію та анестезіологію знає не гірше за анестезіологів. На всіх конференціях, з'їздах анестезіологів М. Є. Поліщук завжди виступає з доповідями. Колеги сприймають його не тільки як рівного, а й як авторитетного фахівця з нейроінтенсиву.

В практичній роботі, оцінюючи діяльність клініки, професор завжди просить показати реанімаційне відділення, відділення хірургії, травми та нейрохірургії. Зауваження дає завжди компетентні, колегіальні, часто — різкі, особливо, якщо це стосується життя чи стану здоров'я хворого.

Наступний етап клінічної і наукової роботи М. Є. Поліщука — це судинна нейрохірургія. В 1987 році на базі неврологічного відділення за рекомендацією А. П. Ромоданова, Микола Єфремович організовує нейрохірургічне судинне відділення. Тільки Андрій Петрович Ромоданов та Георгій Панасович Педаченко були впевнені, що нейрохірургічна судинна служба в Києві буде. Г. П. Педаченко казав: «Ти, Миколо, зробиш цю службу, вона була у нас в Інституті. Ми з О. І. Арутюновим її організовували в 60-ті роки, але вона розпалася. Та я впевнений, що ти зробиш це на новому рівні». Так воно й сталося.

Перші операції з приводу внутрішньомозкових інсульт-гематом, артеріовенозних мальформацій, артеріальних аневризм, стенозів, оклюзій

сонних, хребтових артерій були напруженими, тяжкими, проте результативними, що окрилило молодого професора. Клініка себе зарекомендувала.

А передувала цьому напружена багатоденна робота над літературою, в патологоанатомічній лабораторії. Були консультації з колегами. В клініці ЛШМД вперше здійснено ангіопластику ангулярного анастомозу зовнішньої сонної артерії при високому тромбозі ВСА, поєднану трансфеморальну ендоскопічну оклюзію артеріальної аневризми середньої мозкової артерії з відкритим кліпуванням її шийки, введення стрептокінази внутрішньоартеріально при гострому тромбозі ВСА. Помічниками у Миколи Єфремовича були С. П. Король (тепер працює в Австралії), В. І. Смоланка (професор, завідувач кафедри в УжДУ), В. П. Нікітчин (ОКЛ м. Київ), пізніше С. І. Синицький, А. О. Камінський (завідуючі відділення) та інші. Молоді нейрохірурги проводили балонізацію мальформацій, аневризм, ангіопластику судин шиї та мозку, незабаром почали оперувати — шеф довіряв, якщо був впевнений в учнях, і страшенно сварив за «гусарство»: «В хірургії дрібниць не буває. Вся хірургія складається з дрібниць, але за цим стоїть життя хворого і шашкою махати не можна». Слід все мати на увазі. Коли дивишся, як оперує професор, здається, що в нього все визначене наперед — ні зайвих рухів, ні метушні. Оперує швидше від колег і наслідки операції як правило, хороші.

Руки у професора великі, сильні, добрі. «Легка рука» — так говорить народна мудрість.

В 1978 році доля звела 34-річного хірурга Миколу Поліщука і народну художницю Лідію Іванівну Спаську.

Хто бував в Берестечку в музеї-заповіднику «Козацькі могили», міг бачити виконаний нею портрет Богдана Хмельницького.

Сина художниці Микиту оперували в Інституті нейрохірургії.

Художниця тоді звернула увагу на руки молодого хірурга, підкресливши, що вони анатомічно правильної форми.

А пізніше подарувала символічну картину (написану пастеллю) — на правій руці хірурга лежить мозок людини.

Ще одна символічна картина висить в кабінеті професора вдома. Подарували її учні-нейрохірурги після обрання М. Є. Поліщука до Верховної Ради України. Художник П. Ковтун зобразив вченого-хірурга над головою якого розташований «Божий світильник». Промені-стріли від нього спрямовані до голови, до серця, до правої руки.

Майстерність, техніка, віртуозність, рукоділля... Все це є у М. Є. Поліщука. І все ж приємно, коли скупий на похвалу професор А. І. Тріщинський, який був присутній в операційній, сказав: «Я вдруге в житті бачу так анатомічно вірно виконану операцію».

Судинна нейрохірургія пройшла етап свого становлення. Учні Миколи Єфремовича вивчали цей розділ, захищали дисертації: С. І. Синицький «Особливості клініки, діагностики та об'єм хірургічного лікування

ішемії мозку, визваних перегинами і подовженнями екстракраніальних відділів внутрішньої сонної артерії» (1995 р.), У. Б. Лущик «Особливості змін артеріального та венозного кровозабезпечення головного мозку в діагностиці та лікуванні цереброваскулярних захворювань у осіб різного віку» (1998 р.), Т. Є. Селезньова «Віддалені результати медикаментозного і хірургічного лікування повторної ішемії при оклюзивних і стенозуючих процесах каротидного басейну» (1999 р.), В. І. Смоланка «Хірургічне лікування гострих ішемічних порушень мозкового кровообігу, спричинених патологією екстракраніальних відділів сонних артерій» (2002 р.), В. В. Данацко «Гіпертензивні внутрішньо-шлуночкові крововиливи в осіб молодого та середнього віку» (2003 р.).

Вийшло друком багато статей в провідних наукових журналах і збірниках. Ці питання обговорюються на конференціях, з'їздах, як нейрохірургів, так і невропатологів, кардіологів.

В теперішній час професор організовує Всеукраїнську асоціацію «Лікарі проти інсульту». Надзвичайно важка, але дуже потрібна справа, адже Україна в лідерах за цією патологією серед країн Європи і світу.

Наступний напрямок, над яким працюють в клініці, це патологія хребта, остеохондроз, стеноз хребтового каналу, радикуломієлопатія і ангіопатія, зумовлені остеохондрозом шийного відділу хребта.

Сирингомієлія та її хірургічне лікування — цей напрямок також розробляється в ЛШМД та в клініці спинальної нейрохірургії, науковим керівником якої з 1994 року стає Микола Єфремович. Робота поряд з такими визнаними клініцистами як Ю. М. Глущенко, А. Є. Косінов, М. О. Цимбал, А. І. Пастушин та амбіційною молоддю — Є. І. Слиньком, А. В. Муравським допомагала по новому усвідомлювати складну спинальну патологію. Цьому сприяло створення в Інституті другої спинальної клініки. Сьогодні обидва відділення працюють на європейському рівні.

В клініці введені європейські стандарти: мініінвазивні операції з приводу остеохондрозу, виважений радикалізм при стенозі хребта, передні доступи на шийному, грудному, поперековому відділах хребта, трансоральні доступи, видалення інтрамедулярних, внутрішньо- та парастовбурових пухлин. Все це починав і розвивав Микола Єфремович з колегами в спинальній клініці інституту та в ЛШМД.

Часу хронічно не вистачало. Інколи не брав участі в обходах в клініці Інституту. Запам'ятались слова Ю. М. Глущенка: «Ти не правий, Микола Єфремович, що рідко ходиш до нас. Хлопці ростуть, ти їм потрібен, хворим потрібен». Ось такий ритм задавали колеги і він мусив його витримувати.

Колеги просять Миколу Єфремовича прооперувати там, де важко, де може бути велика крововтрата, де тяжкохворий — у професора це виходить ліпше, надійніше, з кращими результатами, особливо при поширених пухлинах хребта, ший.

Вчитель радіє успіхам своїх учнів і колег, які все рідше потребують допомоги. Вони освоїли нові методики, стали відомими вченими. Є. І. Слинько — доктор медичних наук, А. В. Муравський — працює над докторською дисертацією. Періодичні обходи у відділенні дивують нейрохірургів-курсантів. Вони відмічають мінімальне призначення ліків, ранню активізацію хворих, бачать чудові результати.

Як результати досліджень з проблем спинальної патології захищені кандидатські дисертації: Нідал Наджиб Хотейт «Радикуломієлопатії, зумовлені дегенеративними стенозуючими процесами шийного відділу хребта» (2001 р.), Бадран Набилі Юссеф «Хірургічне лікування ускладнених пошкоджень нижньогрудного та поперекового відділів хребта у ранньому періоді травми» (2003 р.), В. В. Копаниця «Нейрохірургічні аспекти діагностики та лікування сирингомієлії» (2003 р.) та монографія «Хирургическое лечение дискогенных радикуломиелопатий шейного отдела позвоночника» (2004 р.).

Перші роки незалежності України запам'ятались розгулом злочинності. Зростає частота вогнепальних поранень, серед яких і поранення голови. Микола Єфремович починає займатися й цією проблемою: оперує хворих в ЛШМД, виїздить оперувати в Крим та інші регіони, спілкується зі своїм колегою — полковником В. Й. Старчою, який мав великий досвід надання допомоги пораненим в Афганістані. В 1996 р. опублікована перша на теренах країн СНД монографія «Огнестрельные ранения головы», необхідний посібник для практичних лікарів.

Досвід роботи нейрохірургів під час локальних бойових дій в Нагірному Карабаху викладений в дисертації ще одного учня — Д. Д. Мамедова «Прогнозування наслідків вогнепальних поранень черепа і головного мозку» (2003 р.).

Лікарів, які працювали в ЛШМД і пройшли школу у професора М. Є. Поліщука оцінюють належним чином. В 1996 році відкривається нейрохірургічне відділення в Київській обласній лікарні — завідувача і лікарів беруть «від М. Є. Поліщука» оскільки впевнені, що це школа, це знання, це працездатність.

Подібна ситуація повторилась і в Центральній клінічній лікарні. Відкривається нейрохірургічне судинне відділення — перевага надається учням М. Є. Поліщука.

Для доброго початку в обох відділеннях перші операції робив сам професор. І зараз в складних ситуаціях учні запрошують вчителя, підстраховуються, хоча самі оперують добре.

Клас, рівень хірургічної техніки, «рукоділля» частіше всього можна надбати в онкології, а нейрохірургу — в нейроонкології.

Яких тільки операцій не виконував і не виконує Микола Єфремович: практично оперував пухлини будь-якої локалізації. Багато з цих втручань здійснені вперше в Україні — це краніолицьові пухлини, вентральні

пухлини спинного мозку, пухлини суб-, супратенторіальним поширенням та ін. Вперше в Україні виконані операції видалення пухлин мозку функціонально важливих зон з повним контактом із хворим під час операції, деколи хворі і співають під скальпелем хірурга. Такі операції можна робити тільки при високій особистій хірургічній техніці та бездоганній роботі анестезіолога, яким є доцент А. О. Короткоручко

Професор М. Є. Поліщук розробив унікальний доступ для видалення пухлин орбіти, розташованих за очним яблуком — латеральна орбітотомія. Окулісти в таких ситуаціях видаляють очне яблуко, а потім пухлину.

А було це так. В клініку поступила молода жінка зі скаргами на інтенсивний біль за оком. За даними магніто-резонансної томографії виявлено невеликих розмірів пухлину, що містилась поза очним яблуком. Офтальмологи запропонували видалити пухлину разом з очним яблуком, але це — сліпота. Надія лише на Миколу Єфремовича. За день і ніч проглянуті атласи, довідники з нейроонкології, нейроофтальмології. Очі детально розглядають людський череп-муляж, який не раз прислужився і в операційній, і на лекціях. Сонячне проміння просвічує тонкі кістки, просвічується і бічна стінка орбіти. І раптом сяйнула думка, а що як спробувати бічним доступом видалити пухлину, зберігши око?

Спробував. Отримав відмінний результат. У хворої зник біль, око стало на місце, зберігся зір. Поділився своїм результатом з колегами офтальмохірургами. Професор М. М. Сергієнко сказав, що це унікальний, не відомий йому доступ і відразу ж попросив навчити цьому доступу офтальмологів. Біля сотні таких хворих прооперовані Миколою Єфремовичем разом із здібним офтальмохірургом Н. Е. Петренко. Разом здійснювали і пластику орбіти.

М. Є. Поліщук — чудовий діагност, вміє швидко обрати вірну лікувальну тактику. Іноді професор встановлює діагноз уже на початку бесіди з хворим, часто називає його професію. Це вражає не тільки хворих, а й колег. Тому вони вважають Миколу Єфремовича останньою інстанцією у визначенні діагнозу та виборі лікувальної тактики.

Показовим є такий випадок. Вранці під час обходу професор оглядає 17-річного юнака, якого вночі привезли з судомами. Застосовані всі методи обстеження, патологія не виявлена. Докладно розпитав його і з'ясував, що судоми з'явилися, коли пацієнт лежав на дивані з повернутою в бік головою. А ще раніше помічав, що в такій позі з'являлись судоми в ногах, але свідомість не втрачав. Під час рентгенографії шийного відділу хребта виявили аномалію Кімерлі (кістковий місток першого шийного хребця над хребтовою артерією). Після операції хлопець позбувся хвороби.

Ці та багато інших епізодів яскраво свідчать про талант лікаря, науковця, педагога Миколи Єфремовича Поліщука.

Чим займається професор останнім часом? Вирішує, як допомогти хворим з болем.

Переконливі, обґрунтовані докази професора, старшого вчителя і товариша А. І. Тріщинського, який все життя присвятив цьому питанню, та доцента кафедри нейрохірургії А. О. Короткоручка про необхідність організації центру болю захопили Миколу Єфремовича. Він організовує на кафедрі нейрохірургії цикл підготовки фахівців з лікування болю. Веде цикл лікар-анестезіолог А. О. Короткоручко, до речі, перший на теренах СНД анестезіолог в штаті кафедри нейрохірургії. Він також проводить і цикл нейроінтенсиву. Багато нового впроваджено в роботу нейрохірургів України завдяки організації цих циклів підготовки. Допомогали це зробити колишній міністр охорони здоров'я А. М. Сердюк та ректор КМАПО В. Г. Гирін.

Спільна праця нейрохірурга та анестезіолога допомогла багатьом хворим позбавитися болю, уникаючи операції.

В останні роки надзвичайно багато уваги професор приділяє підготовці медичних кадрів, зокрема, нейрохірургів. М. Є. Поліщук — голова комісії з післядипломної підготовки нейрохірургів Української асоціації нейрохірургів.

Можна було б ще багато чого сказати про Миколу Єфремовича, але як сказав один з його учнів: «Щоб узнати, як Микола Єфремович оперує, треба бачити, як він поводить при непередбачених ускладненнях під час операції. І тоді буде зрозуміло, що це нейрохірург надзвичайно великої майстерності і відчуття».

Ускладнення в житті Миколи Єфремовича були, і не тільки в операційній, проте він виходив з них з гідністю і продовжує йти по життю, щоб робити людям добро.

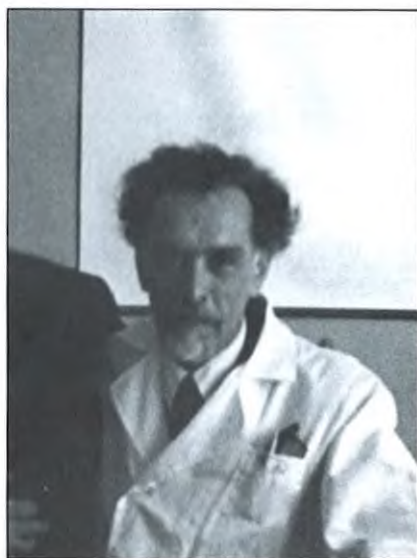


фото 12

Перший Вчитель Д. О. Снігурський



фото 13

Під час навчання в
клінічній ординатурі в
Інституті
нейрохірургії,
1972 р.



фото 14

О. Є. Дунаєвський,
Ю. М. Глуценко,
Є. Г. Педаченко,
М. Є. Поліщук,
1974 р.



фото 15
Конференція
нейрохірургів м. Київ.
Доц. М. О. Бізіля та
М. Є. Поліщук,
1975 р.



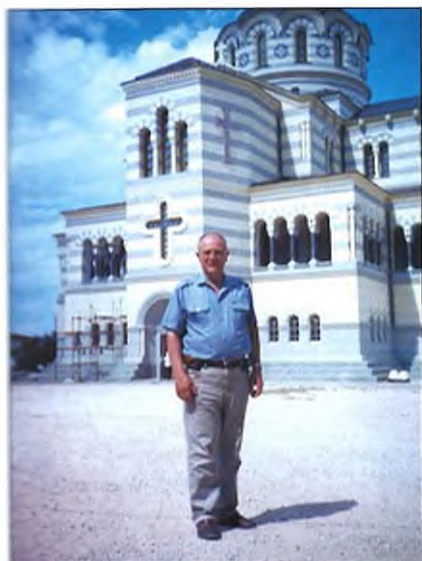
фото 16
Обговорення клінічного
випадку



фото 17
Дискусія перед
операцією.
США. Клініка Мейо,
1994 р.



*фото 18
В операційній,
2000 р.*



*фото 19
Херсонес.
Собор Святого Володимира.*



фото 20
Уклін професору хірургії
Войно-Ясенецькому.
Крим. Сімферополь,
2002 р.



фото 21
Біля могили Парацельса.
Австрія. Зальцбург,
1998 р.

*Вивчення природи тяжке,
проте приємне, корисне, святе.*
М. Ломоносов

М. Є. ПОЛІЩУК – ВЧИТЕЛЬ, ЗАСНОВНИК НЕЙРОХІРУРГІЧНОЇ ШКОЛИ

В. І. Цимбалюк, А. В. Муравський

Становлення М. Є. Поліщука як нейрохірурга та педагога співпало з бурхливим розвитком нейрохірургії як в Києві, так і в Україні.

Розпочав свою педагогічну діяльність Микола Єфремович у 1975 році, після захисту кандидатської дисертації, коли став працювати асистентом кафедри нейрохірургії Київського інституту удосконалення лікарів, якою керував чудовий педагог професор Г. П. Педаченко. Ця кафедра була і є справжньою «кузнею» кадрів для нейрохірургії України. А за часи Радянського Союзу тут готували кадри і для всього Союзу. Тисячі курсантів навчались на цій кафедрі і Микола Єфремович спочатку як асистент, а потім як відповідальний за учбовий процес працював дуже багато. Курсанти його любили за знання, за хірургічну майстерність, за вимогливість, за відданість професії, і зараз багато відомих нейрохірургів України вважають своїм першим вчителем з нейрохірургії М. Є. Поліщука. Це були не тільки заняття на кафедрі в Києві, це були виїздні цикли в Росію, Молдову, обласні центри України, де не тільки навчали теорії, а й оперували.

В 1983 році Миколі Єфремовичу була затверджена тема докторської дисертації, і він з кафедри перейшов на роботу до Інституту нейрохірургії — старшим науковим співробітником.

В 1984 році закінчувалось будівництво величезної медичної установи — Лікарні швидкої медичної допомоги на лівому березі Дніпра і туди повинна була піти підготовлена людина, яка б добре знала травматологію. Такою кандидатурою міг бути М. Є. Поліщук, який закінчував докторську дисертацію, присвячену черепно-мозковій травмі і академік А. П. Ромоданов рекомендував Миколу Єфремовича на посаду керівника нейрохірургічного відділення цієї лікарні.

Це сталося в 1985 р. Не перестаєш дивуватися мудрості А. П. Ромоданова, який побачив потенційні можливості своїх співробітників і майже ніколи не помилявся. Не помилився він і щодо М. Є. Поліщука. Микола Єфремович не тільки організував ургентну нейрохірургічну службу, він створив три потужних нейрохірургічних відділення: черепно-мозкової травми, спинномозкової травми та ургентної судинної нейрохірургії.

По суті на базі цих трьох відділень на 130 ліжок М. Є. Поліщук створив ще один інститут нейрохірургії на лівобережжі. В цих відділеннях оперують не тільки з приводу нейротравми, а й допомагають при всіх сучасних нейрохірургічних захворюваннях.

Створення цих відділень — це не тільки ліжка, це насамперед люди, яких Микола Єфремович навчав після закінчення медичних вузів і робив вправними фахівцями-нейрохірургами.

В 1986 році М. Є. Поліщук успішно захищає докторську дисертацію і починає формувати свою наукову школу, бо свою школу нейрохірургів він почав формувати ще з 1975 року.

На сьогодні ця школа налічує 31 учня: 3 доктора та 29 кандидатів медичних наук. Школа росте, над дисертаціями працюють 10 кандидатів і 3 доктора наук.

Основні напрямки наукової діяльності Миколи Єфремовича це: черепно-мозкова травма, хребетно-спинномозкова травма, судинна нейрохірургія, тому ці теми в основному висвітлені в дисертаційних роботах його учнів.

Короткі відомості про захищені дисертації наведені нижче.

Учні

За час роботи на кафедрі нейрохірургії КМАПО ім. П. Л. Шупика з 1974 по 2003 р. пройшли підготовку з нейрохірургії 2515 лікарів, з них нейрохірургів — 527.

Учні професора М. Є. Поліщука завідують клініками, кафедрами, є професорами та провідними фахівцями в своїх регіонах.

Під керівництвом та за науковою консультацією Миколи Поліщука захищені дисертації:

Усатов Сергій Андрійович, д. м. н., доцент, завідувач курсом нейрохірургії Луганського медичного університету.

Кандидатська дисертація «Клинико-реоэнцефалографические сопоставления в динамике сотрясения головного мозга, полученного в состоянии алкогольного опьянения» — 1986 рік.

Вивчені зміни церебральної гемодинаміки за даними реоенцефалографії (РЕГ) при гострій алкогольній інтоксикації залежно від ступеня та фази сп'яніння, а також віку потерпілих, що дозволило поліпшити діагностику та лікування хворих. Залежно від змін мозкового кровообігу та

реактивності судин головного мозку визначена патогенетично обгрунтована терапія. Потерпілі, у яких виник струс головного мозку на фоні алкогольної інтоксикації, навіть за відсутності скарг у віддаленому періоді потребують спостереження та лікування, оскільки через тривалий час за даними РЕГ у них виявляють зміни мозкового кровотоку.

Квасницький Микола Васильович, доцент, завідувач курсом нейрохірургії Тернопільської медичної академії.

Кандидатська дисертація «Последствия легкой черепно-мозговой травмы, перенесенной в подростковом и юношеском возрасте» – 1988 рік.

Визначені типи, періоди клінічного перебігу та синдроми травматичної хвороби головного мозку у потерпілих молодого віку. Вперше вивчені особливості наслідків легкої черепно-мозкової травми в ранньому так і у віддаленому періодах. Показано, що легка ЧМТ спричиняє як у ранньому, так і віддаленому періоді структурно-функціональні зміни мозку, його оболонок, суттєво впливає на мозковий кровоток та імунний статус організму. Опрацьовано схему структурно-функціонального підходу до лікування хворих, визначені фактори, які ускладнюють перебіг травматичної хвороби головного мозку у пацієнтів молодого віку.

Курілець Ігор Петрович, лікар-нейрохірург, приватно практикуючий.

Кандидатська дисертація «Новые способы лечения нейрогенных расстройств мочеиспускания у больных с патологией спинного мозга» – 1988 рік.

Опрацьовані нові методики лікування пацієнтів з різними захворюваннями та пошкодженнями спинного мозку, що супроводжуються порушенням функції сечовипускання. Показана можливість використання активного приточно-відточного дренивання сечового міхура при цій патології. Розроблений оригінальний апарат для реалізації запропонованих методик.

Смолянка Володимир Іванович, д. м. н., професор, завідувач кафедри неврології, нейрохірургії та психіатрії медичного факультету Ужгородського державного університету.

Кандидатська дисертація «Легкая черепно-мозговая травма у лиц молодого и среднего возраста» – 1989 рік.

На підставі аналізу клініко-неврологічних проявів легкої черепно-мозкової травми у хворих молодого та середнього віку встановлено динаміку субкортикальних рефлексів, визначено їх роль в діагностиці струсу та забою головного мозку легкого ступеня. Встановлено, що поява субкортикальних рефлексів після травми голови – безумовна ознака пошкодження мозку. При струсі головного мозку різні його відділи страждають неоднаково, проявом цього є нерідко асиметрія неврологічних симптомів. Розроблений новий діагностичний тест, який дозволяє визначити ступінь тяжкості травми.

Докторська дисертація «Хірургічне лікування гострих ішемічних порушень мозкового кровообігу, спричинених патологією екстракраніальних відділів сонних артерій» — 2002 рік.

Встановлені патогенетичні механізми повторної ішемії головного мозку у хворих з оклюзією сонних артерій, розроблені ефективні способи їх вторинної хірургічної профілактики. Визначено динаміку морфологічних змін головного мозку залежно від часу, що пройшов після інсульту, класифіковані різні типи зон інфаркту мозку в залежності від їх локалізації, показано їх взаємозв'язки з механізмом перебігу інсульту. Доведена доцільність проведення втручань у хворих з стенозом понад 50% просвіту, екстракраніального відділу внутрішньої сонної артерії оклюзією та подовженням артерій; обґрунтовані диференційований вибір виду операції. Переглянуті та обґрунтовано ранні строки здійснення хірургічної реконструкції екстракраніальних відділів сонних артерій після гострого ішемічного порушення кровообігу, доведено високу ефективність такої тактики лікування.

Шрамко Василь Іванович, лікар-нейрохірург лікарні швидкої медичної допомоги, м. Київ.

Кандидатська дисертація «Диагностика и комплексное лечение поврежденных периферических нервов в остром посттравматическом периоде» — 1989 рік.

Вперше вивчена структура пошкодження периферичних нервів у потерпілих, яких госпіталізують в багатопрофільну лікарню. Визначені клініко-анатомічні та електрофізіологічні показання до виконання первинного хірургічного втручання на пошкоджених нервах. Показана залежність якості функціональної реабілітації хворих з пошкодженням периферичних нервів від своєчасного проведення адекватного комплексу лікувальних заходів. Розроблені спосіб та прилад для лікування пошкодженого нерва.

Бочарова Аріадна Олексіївна, лікар-нейрохірург, Кишинів, Молдова.

Кандидатська дисертація «Особенности клинического течения, принципы диагностики и оказания помощи пострадавшим пожилого и старческого возраста с сочетанной черепно-мозговой травмой» — 1990 рік.

Вперше вивчена структура сучасної поєднаної черепно-мозкової травми (ЧМТ) у потерпілих похилого та старечого віку. Виявлено, що у пацієнтів старших вікових груп така травма характеризується високим індексом численності позачерепних пошкоджень. Шокові реакції при поєднаній черепно-мозковій травмі залежать від тяжкості позачерепних пошкоджень і часто мають провідне значення в реакції організму на травму. Відзначено відсутність паралелізму між клінічними проявами ЧМТ та морфологічними змінами головного мозку, судин та його оболонок. Алкогольне сп'яніння не тільки значно змінює клінічні прояви трав-

ни у потерпілих похилого віку, а й сприяє виникненню таких тяжких ускладнень, як тромбоемболія, жирова емболія, ранні запальні процеси та шемічні розлади.

Насалик Богдан Григорович, доцент Тернопільської медичної академії.

Кандидатська дисертація «Влияние легкой черепно-мозговой травмы на сердечную деятельность» – 1991 рік.

Показано, що легка черепно-мозкова травма зумовлює дезорганізацію біоелектричної активності серця та дистрофічні зміни в міокарді. Для потерпілих з легкою черепно-мозковою травмою характерна різність симпатичних та парасимпатичних впливів на серцеву діяльність. Дані ЕКГ та пульсометрії дозволяють визначити тяжкість посттравматичних ускладнень, обґрунтувати строки лікування хворих у стаціонарі та прогнозувати віддалені наслідки легкої черепно-мозкової травми.

Харченко Віктор Георгієвич, лікар-невролог (Німеччина).

Кандидатська дисертація «Тяжка черепно-мозкова травма, поєднана з позачерепними пошкодженнями різного ступеня тяжкості» – 1994 рік.

Вивчена структура тяжкої поєднаної ЧМТ, показані закономірності реакцій головного мозку та організму в цілому на тяжку поєднану ЧМТ, які визначають особливості клінічних проявів травматичної хвороби організму. Лікувальна тактика на догоспітальному і ранньому госпітальному етапах має бути уніфікованою, спрямованою на усунення життєво-важливих порушень організму, а також профілактику і ліквідацію шоккових реакцій. Показано, що синдромологічне лікування на догоспітальному етапі, а також виділення домінуючого, конкуруючого та супутнього пошкоджень з огляду на клінічні прояви пошкоджень дозволяє зменшити частоту несприятливих результатів.

Анкін Микола Львович, директор травматологічного центру Київської обласної клінічної лікарні.

Кандидатська дисертація «Особенности переломов конечностей при черепно-мозговой травме» – 1994 рік.

Вивчені особливості переломів кінцівок при черепно-мозковій травмі. Показані особливості діагностики та лікувальної тактики у таких потерпілих.

Синицький Сергій Іванович, завідувач нейрохірургічного відділення Центральної міської клінічної лікарні, м. Київ.

Кандидатська дисертація «Особенности клиники, диагностики и хирургического лечения ишемии мозга, что вызываются перекрутами та подовженнями екстракраніальних відділів внутрішньої сонної артерії» – 1995 рік.

Систематизовані дані про особливості клінічного перебігу гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК), спричинених перегином та подовженням сонних артерій. Виділені чотири типи подовження та три

типи перегину внутрішньої сонної артерії, які визначають характер ішемії мозку. Розроблена хірургічна тактика, спрямована на усунення високого перегину або подовження сонних артерій тієї або іншої вираженості. Неусунені перегини та подовження внутрішньої сонної артерії спричиняють повторне ГПМК, виникнення дисциркуляторної енцефалопатії, що зумовлює інвалідизацію хворих.

Деркач Володимир Миколайович, завідувач нейрохірургічного відділення Київської обласної клінічної лікарні.

Кандидатська дисертація «Лікувальна тактика при хребетно-спинномозковій травмі в гострому та ранньому періоді» — 1995 рік.

Розроблені принципи діагностики та лікувальної тактики при хребетно-спинномозковій травмі в гострому та ранньому періоді. Уточнені показання, протипоказання та послідовність виконання хірургічних втручань в гострому періоді залежно від характеру та ступеня тяжкості хребетно-спинномозкової травми. Визначені види хірургічних декомпресивно-стабілізуючих втручань у гострому періоді залежно від ступеня тяжкості та клінічних проявів травми.

Нагієв Айдин Анвер Огли, доцент Азербайджанського медичного університету, м. Баку.

Кандидатська дисертація «Позвоночно-спинномозгові травми сочетающиеся с экстравертебральными повреждениями (особенности диагностики, лечебной тактики)» — 1995 рік.

Вивчені структура та особливості поєднаної хребетно-спинномозкової травми залежно від характеру та ступеня тяжкості вертебральних та екстравертебральних пошкоджень. Запропоновані принципи діагностики поєднаних хребетно-спинномозкових пошкоджень залежно від характеру та ступеня тяжкості травми. Встановлена необхідність виділення домінуючого, конкуруючого та супутнього пошкодження при поєднаній хребетно-спинномозковій травмі, що визначає послідовність діагностичної та лікувальної тактики. Показана необхідність виконання ранніх операцій при поєднаній хребетно-спинномозковій травмі, як на хребті і спинному мозку, так і екстравертебральних втручань.

Мазуренко Олег Валентинович, асистент кафедри медицини катастроф КМАПО ім. П. Л. Шупика.

Кандидатська дисертація «Діагностика та лікування пошкоджень дванадцятипалої кишки у сполученні з черепно-мозковою травмою» — 1995 рік.

Вивчені особливості клінічних проявів та діагностики пошкоджень дванадцятипалої кишки у поєднанні з черепно-мозковою травмою. Розроблений алгоритм лікування таких потерпілих.

Муравський Андрій Володимирович, асистент кафедри нейрохірургії КМАПО ім. П. Л. Шупика.

Кандидатська дисертація «Інфекційно-запальні ускладнення у хворих з травмою хребта та спинного мозку (клініко-бактеріологічна діагностика, імунологія, профілактика, лікування)» – 1996 рік.

Вивчені структура, характер, особливості клінічного перебігу інфекційно-запальних ускладнень сечовидільної системи та трофічних розладів шкіри у потерпілих з травматичною хворобою спинного мозку. Досліджені особливості мікрофлори та її чутливість до антибіотиків при цих ускладненнях. Вивчені особливості імунного стану потерпілих. Розроблені методи профілактики та лікування таких хворих з використанням раціональної антибактеріальної терапії та імунокоректора мієлопіду.

Дибкалюк Сергій Віталійович, асистент кафедри травматології КМАПО ім. П. Л. Шупика.

Кандидатська дисертація «Нетравматичні внутрішньомозкові крововиливи в осіб молодого та середнього віку (діагностика, лікувальна тактика)» – 1996 рік.

У клінічному перебігу внутрішньомозкового крововиливу виділені дислокаційні синдроми, які є важливим критерієм визначення тактики лікування, показань та строків виконання хірургічних втручань. Встановлене прогностичне значення показників морфологічних та фізико-хімічних властивостей крові у хворих з нетравматичним внутрішньомозковим крововиливом. Розроблені послідовність проведення діагностичних заходів та принципи диференційованого підходу до лікування нетравматичного внутрішньомозкового крововиливу у хворих молодого та середнього віку.

Передков Костянтин Якович, доцент Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця, м. Київ.

Кандидатська дисертація «Особливості щелепно-лицевих пошкоджень при черепно-мозковій травмі» – 1996 рік.

Вивчені особливості щелепно-лицевих пошкоджень при черепно-мозковій травмі. Розроблений алгоритм діагностики та лікування хворих.

Бабаєв Ельман Огли, доцент Азербайджанського медичного університету. Головний нейрохірург Азербайджану, м. Баку.

Кандидатська дисертація «Черепно-мозгова травма, що поєднується з пошкодженнями нижніх кінцівок, у больних на фоні алкогольної інтоксикації (клініка, діагностика, лечение)» – 1997 рік.

Вивчено структуру, проведений порівняльний аналіз черепно-мозкових пошкоджень, поєднаних з переломами нижніх кінцівок, у хворих на фоні алкогольної інтоксикації. Встановлено, що краніоскелетні пошкодження при алкогольній інтоксикації є якісно іншими пошкодженнями, які потребують застосування особливої діагностичної та лікувальної тактики. Розроблені принципи діагностики, послідовність використання діагностичних та лікувальних заходів у хворих з краніоскелетними

пошкодженнями на фоні алкогольної інтоксикації. Показано, що алкогольне сп'яніння не тільки змінює клінічні прояви, а й спричиняє гемодинамічні розлади, ранні запальні захворювання у потерпілих з краніоскелетними пошкодженнями.

Заруцький Ярослав Леонідович, завідувач кафедри військово-польової хірургії Військово-медичної академії, м. Київ.

Кандидатська дисертація «Діагностика та хірургічне лікування пошкоджень печінки при закритій абдомінальній травмі» — 1997 рік.

Вивчені особливості клінічного перебігу пошкодження печінки при закритій абдомінальній травмі. Розроблений алгоритм діагностики та лікувальної тактики при пошкодженні печінки у потерпілих з абдомінальною травмою.

Лущик Уляна Богданівна, професор-невролог, директор центру «Довіра».

Докторська дисертація «Особливості змін артеріального та венозного кровозабезпечення головного мозку в діагностиці та лікуванні цереброваскулярних захворювань у осіб різного віку» — 1998 рік.

Вперше запропоновано методику ультразвукової доплерографії венозного русла головного мозку, яка дозволила по-новому розглянути патогенез цереброваскулярних захворювань. Виявлені нові можливості застосування ультразвукового дослідження (УЗД) у вивченні стану церебральної гемодинаміки не тільки в її артеріальній, а й у венозній ланці. Наведена характеристика судинно-мозкової недостатності у хворих при гострих порушеннях мозкового кровообігу та дисциркуляторній енцефалопатії. Виділені гемодинамічні варіанти різних цереброваскулярних захворювань у віковому аспекті. Простежено динаміку неврологічного статусу та дефіциту кровопостачання під впливом як медикаментозного, так і хірургічного лікування.

Пулик Олександр Петрович, завідувач неврологічним відділенням, м. Ужгород.

Кандидатська дисертація «Клініка та епідеміологія інсультів в Закарпатській області» — 1998 рік

Вивчена епідеміологія гострих порушень мозкового кровообігу в Закарпатській області. Показані особливості клінічного перебігу інсульту у мешканців Закарпатської області.

Селезньова Тетяна Євгенівна, лікар-невропатолог, м. Київ.

Кандидатська дисертація «Віддалені результати медикаментозного і хірургічного лікування повторної ішемії при оклюзивних і стенозуючих процесах каротидного басейну» — 1999 рік.

Вивчені віддалені результати медикаментозного та хірургічного лікування повторної ішемії при оклюзивних і стенозуючих процесах в

басейні сонних артерій. Розроблені рекомендації щодо лікування таких хворих.

Шевчук Володимир Васильович, лікар-нейрохірург ЛШМД, м. Київ.

Кандидатська дисертація «Післятравматична гідроцефалія (особливості діагностики, клініки та лікування в різні періоди черепно-мозкової травми у хворих різних вікових груп)» — 1999 рік.

На основі порівняльного клініко-інструментального дослідження динаміки перебігу черепно-мозкової травми різного ступеня тяжкості вивчена можливість формування післятравматичної гідроцефалії в різні періоди травми у пацієнтів різного віку. Встановлено кореляційну залежність формування та прогресування післятравматичної гідроцефалії від тяжкості нейротравми та вираженості її основних ускладнень. Розроблено оптимальну диференційовану лікувальну тактику при післятравматичній гідроцефалії з використанням хірургічних методик корекції ліквородинаміки в різні періоди травми.

Данчин Андрій Олександрович, лікар-нейрохірург Центрального клінічного госпіталю, м. Київ.

Кандидатська дисертація «Диференційоване хірургічне лікування хронічних субдуральних гематом» — 2001 рік.

Розроблені нові мініінвазивні методи оперативних втручань з приводу хронічної субдуральної гематоми з використанням ендоскопічної асистувальної техніки. Вперше запропонований розподіл розроблених мініінвазивних методів на два види, а також визначені показання до застосування біпортального і мультипортального методів оперативного втручання. Проведений порівняльний аналіз ефективності різних методів оперативного втручання і визначене місце розроблених методів з використанням ендоскопічної асистувальної техніки серед існуючих, як радикальних, так і мініінвазивних.

Нідаль Хотей, лікар-нейрохірург, Ліван.

Кандидатська дисертація «Радикуломієлопатії, обумовлені дегенеративними стенозуючими процесами шийного відділу хребта» — 2001 рік.

Вивчені клінічні особливості радикуломієлопатії при звуженні хребтового каналу шийного відділу хребта внаслідок дегенеративно-дистрофічних процесів. Визначено послідовність, показання та цінність різних методів діагностики стенозуючих процесів у шийному відділі хребта з різними клінічними проявами. Розроблені ефективні методи хірургічного втручання у таких хворих. Вперше впроваджено втручання шийної дискотомії з протезуванням титановими кейджами, що дозволяє проводити МРТ контроль в післяопераційному періоді.

Телеснюк Костянтин Петрович, лікар-нейрохірург, м. Сімферополь.

Кандидатська дисертація «Особливості травми хребта та спинного мозку в осіб старших вікових груп» — 2002 рік.

Вивчені особливості клінічного перебігу, діагностики травми хребта та спинного мозку у потерпілих старшого віку. Розроблено оптимальну тактику лікування таких хворих.

Копаниця Валерій Васильович, лікар-нейрохірург Лікарні швидкої медичної допомоги, м. Київ.

Кандидатська дисертація «Нейрохірургічні аспекти діагностики та лікування сирингомієлії» — 2003 рік.

Вивчені особливості діагностики та лікування сирингомієлії. Розроблено нейрохірургічну тактику ведення хворих з даною патологією.

Набіль Юсеф, лікар-нейрохірург, Ліван.

Кандидатська дисертація «Хірургічне лікування ускладнених пошкоджень нижньогрудного та поперекового відділів хребта в ранньому періоді травми» — 2003 рік.

Проведений аналіз найближчих і віддалених результатів лікування ускладненого пошкодження тораколюмбального відділу хребта з використанням різних методів стабілізації, застосованих в гострому і ранньому періодах травми. Уточнені строки і показання до виконання хірургічного втручання з приводу ускладненого пошкодження нижньогрудного і поперекового відділів хребта залежно від характеру пошкодження. Запропонований диференційований підхід до лікування пошкодження тораколюмбального відділу хребта в гострому періоді травми залежно від віку потерпілого, тяжкості стану, типу перелому, ступеня неврологічних розладів.

Мамедов Джалал Огли, лікар-нейрохірург, Азербайджан, м. Баку.

Кандидатська дисертація «Прогнозування наслідків вогнепальних поранень черепа і головного мозку» — 2003 рік.

Доведено, що кульове поранення характеризується більш тяжким пошкодженням головного мозку, а осколкове поранення — більш поширеним пошкодженням м'яких тканин голови і кісток. Встановлено, що прогнозування наслідків вогнепального пошкодження черепа і головного мозку залежить від характеру снаряда, що ранив, характеру поранення, ходу раневого каналу, тяжкості стану потерпілого, строків і адекватності надання спеціалізованої допомоги.

Гринів Юрій Васильович, асистент кафедри неврології, нейрохірургії та психіатрії Івано-Франківської медичної академії.

Кандидатська дисертація «Особливості черепно-мозкової травми середнього та тяжкого ступеня в осіб старших вікових груп (клініка, діагностика, прогнозування)» — 2003 рік.

Встановлено, що вікові анатомо-фізіологічні особливості організму суттєво впливають на клінічний перебіг черепно-мозкової травми і прогноз, особливо за травматичного пошкодження середньої тяжкості. При значних структурно-морфологічних змінах мозку загально мозкова реакція на травму в гострий період має часто незначні клінічні прояви. У потерпілих старшого віку прогностично несприятливим є тяжке пошкодження

головного мозку, його стиснення гострими внутрішньочерепними гема-
томами, а також грубі розлади свідомості, швидкий темп наростання
компресії мозку, артеріальна гіпотензія, порушення окулоцефалічних та
окуловестибулярних рефлексів, окорохові розлади.

Данацко Василь Васильович, лікар-нейрохірург Київської облас-
ної клінічної лікарні.

**Кандидатська дисертація «Гіпертензивні внутрішньошлу-
ночкові крововиливи в осіб молодого та середнього віку
(клініка, діагностика, лікувальна тактика)»** – 2003 рік.

Вивчені структура, основні етіопатогенетичні чинники, особливості
клінічного перебігу гіпертензивного внутрішньошлуночкового крововиливу
у пацієнтів молодого та середнього віку. Проаналізована інформативність
сучасних методів діагностики, розроблені діагностичні критерії, алгоритми
обстеження хворих з цією патологією. Розроблені принципи лікувальної
тактики та визначені прогностичні критерії залежно від тяжкості клінічного
перебігу гіпертензивного внутрішньошлуночкового крововиливу.

Бублик Леонід Олександрович, завідувач нейрохірургічного від-
ділення, м. Донецьк.

**Докторська дисертація «Ускладнені пошкодження шийного
відділу хребта (діагностика, лікування та прогнозування в
гострому та ранньому періодах травми)»** – 2004 рік.

Вивчені епідеміологія, методи діагностики, клінічні прояви та перебіг
ускладнених пошкоджень шийного відділу хребта в гострому та ранньо-
му періодах травми. Проаналізовані різні методи лікування даної пато-
логії, підкреслена важлива роль спондилодезу при хірургічних втручан-
нях у потерпілих з травмою шийного відділу хребта. Проведене прогно-
зування результатів лікування хворих з ускладненими пошкодженнями
шийного відділу хребта.

В 1993 році професор Г. П. Педаченко вирішив піти на пенсію і запро-
понував на своє місце завідувача кафедри нейрохірургії професора
М. Є. Поліщука. З цього часу починається якісно новий етап життя
М. Є. Поліщука як педагога.

Він прекрасний лектор і керівник. Вміє не тільки навчати, а і господа-
рювати.

Створив чудові умови для навчання на кафедрі, яку сам ремонтує та
оснащує новітньою апаратурою.

Випускний іспит у М. Є. Поліщука — це не формальність, це іспит на
зрілість, і, якщо курсант не може бути нейрохірургом, Микола Єфремо-
вич чітко каже йому про це.

Дуже цікаві пропозиції внесені Миколою Єфремовичем для подаль-
шого вдосконалення підготовки нейрохірургів України. Клініка та кафе-
дра, де проходять підготовку фахівці, повинні бути акредитовані Ук-
раїнською асоціацією нейрохірургів та МОЗ України. Нейрохірургічна

клініка, яка акредитована до підготовки молодих нейрохірургів, повинна відповідати наступним вимогам: 1) це повинне бути нейрохірургічне відділення в багатопрофільній лікарні з неврологічним, радіологічним відділеннями, адекватною службою інтенсивної терапії та реанімації, відділеннями травми, педіатрії, функціональної діагностики, бібліотекою, конференцзалом для проведення патологоанатомічних розборів, патологоанатомічною службою. В клініці повинні виконувати не менше 500 операцій на рік з приводу різних захворювань: черепно-мозкової травми, спінальної травми, онкології, судинної патології, дитячої патології, патології периферичної нервової системи тощо.

Завідувачем кафедрою і клінікою повинен бути провідний практикуючий нейрохірург, відомий вчений, професор. На кафедрі мають працювати декілька фахівців з різних спеціальностей: дитячої, судинної, стереотаксичної, спіральної нейрохірургії, онкології та ін. Повинні бути всі умови для проведення науково-дослідної роботи: лабораторії, бібліотека, можливість роботи в інтернеті, зал для практичного відпрацювання оперативної техніки, можливість тренінгу в мікрохірургії.

Претендента відбирають на навчання за конкурсом. Вимоги конкурсу визначає Асоціація. Нейрохірург повинен мати загальнохірургічну підготовку, бажано — через інтернатуру з хірургії (1-2 роки) знання з загальної хірургії, травматології, політравми, інтенсивної терапії та реанімації, здати іспит з хірургії на відповідній кафедрі з залученням фахівців Асоціації.

Особливі вимоги до претендента: заняття в нейрохірургічних гуртках, фізичне та психічне здоров'я, енергійність, схильність до наукового пошуку та узагальнення, здатність працювати в колективі, знання англійської мови, рекомендація товариства нейрохірургів.

Як готувати фахівця нейрохірурга? Його потрібно готувати відповідно рекомендацій по стандартах, прийнятих в країнах Європи, щоб закінчивши навчання, молодий спеціаліст міг працювати в будь-якій країні Європи. Ось ці стандарти: 5 років підготовки, теоретичні знання в повному обсязі нейрохірургії, виконання 600 операцій, з них самостійно: 30 — з приводу нейротравми, 30 — пухлини, 50 — спінальної травми, 20 — шунтуючих, 50 — інших (судинних, стереотаксичних тощо).

Підготовка нейрохірурга повинна здійснюватися за уніфікованими програмами теоретичних і практичних знань, незалежно від того, де проходить навчання молодий фахівець. Необхідно чітко визначити графік та тривалість роботи резидента — не менше 72 годин на тиждень в перші два роки та 60 годин — наступні три. В програмі повинно бути засвоєння мікроскопа, вивчення перспективних напрямків наукових розробок в молекулярній нейрохірургії, генній терапії, нейронавігаційного обладнання та ін.

Основним в підготовці нейрохірурга є постійний тренінг, доповіді клінічних спостережень, опрацювання літератури, проведення семінарів

та журнальних клубів. Ефективність журнальних клубів доведена на кафедрі під час роботи з клінічними ординаторами та аспірантами. Лекції мають орієнтовний напрям по проблемі. Беручи до уваги невелику кількість резидентів-нейрохірургів, лекції та семінари можуть бути проведені для всіх резидентів на базі окремих кафедр і клінік один-два рази на рік.

І на завершення цього розділу треба зазнати, що тисячі учнів працюють в нейрохірургічних закладах України і світу: колишні курсанти та слухачі професора Миколи Єфремовича Поліщука працюють в різних куточках світу: Австралії, Азії, Америці (Північній та Південній), Європі, Африці, зокрема в країнах: США, Німеччині, Великій Британії, Болівії, Домініканській Республіці, Ізраїлю, Об'єднаних Арабських Еміратах, Лівані, Лівії, Сирії, Йємені, Росії, Узбекистані, Киргизії, Таджикистані, Вірменії, Грузії, Азербайджані, Молдові, Литві, Латвії, Фінляндії та ін.

А найбільш талановиті, такі як А. С. Усатов, В. І. Смоланка, М. В. Квасницький, Л. В. Бублик, С. І. Синицький, В. М. Деркач, Е. Бабаєв, К. П. Телеснюк, Ю. В. Гринів — очолюють великі нейрохірургічні підрозділи в Україні та Києві.

Наукових ідей у Миколи Єфремовича багато, тому буде ще багато учнів, які уславлять нейрохірургічну школу професора М. Є. Поліщука.



фото 22
Асистент Поліщук М. Є.
проводить практичні
заняття з курсантами-
нейрохірургами,
1978 р.



фото 23
Після конференції з учнями:
Смоланка В. І., Харченко В. Г.,
Деркач В. М.,
1993 р.



фото 24
Засідання кафедри
нейрохірургії КМАПО
ім. П. Л. Шупика

фото 25
Лекцію читає
проф. М. Є. Поліщук



фото 26
Випуск лікарів-інтернів,
2002 р.

ВІДГУКИ ДРУЗІВ ТА КОЛЕГ

М. І. ЛІСЯНИЙ

*Заслужений діяч науки України,
професор-імунолог
Інститут нейрохірургії*

Радію успіхам і не вірю, що вже 60

(Штрихи до портрету Поліщука М. Є.)

*Aliis inser viendo consumor —
життєве кредо лікаря*

Писати про Миколу Єфремовича Поліщука — дуже складне і відповідальне завдання. По-перше, тому що він є багатогранною і стрімкою особистістю, яка постійно змінюється, а по-друге, за 28 років спілкування з ним в офіційних та неофіційних умовах склалося багато різних вражень, які нагромаджуються і часто суперечать одне з одним.

Я познайомився з Миколою Єфремовичем в далекому 1976 році, коли обирали Раду молодих вчених Інституту вдосконалення лікарів, до складу якої обрали мене та молодого співробітника кафедри нейрохірургії М. Є. Поліщука. Під час першого знайомства привабили його доступність і прямота в спілкуванні, природна відкритість, відсутність будь-якої пихатості та самовдоволення. Уже на першому засіданні новообраної Ради, коли більшість членів були ще не досить знайомі і, як кажуть, були «затиснуті», не знали, як себе поводити і про що говорити, Микола Єфремович першими кількома репліками та жартами зняв напруження у присутніх, і всі перейшли до спокійного ділового обговорення запланованих питань. Вже тоді, у віці 28 років, Микола Єфремович,

молодий кандидат наук, виділявся творчою активністю, цілеспрямованістю, вмінням об'єднувати людей.

На мій погляд, будучи вже великим вченим, всесвітньо відомим нейрохірургом, державним діячем, Микола Єфремович зберіг вміння притягувати, привертати до себе людей, більше того, давати можливість розкритися і проявляти себе і іншим. Приходить на пам'ять один випадок, коли я несподівано потрапив з Миколою Єфремовичем в компанію «нових українців». Там були 5-6 директорів банків Києва, кілька бізнесменів, а ми з Миколою Єфремовичем скромно представляли українську медицину. Присутні за столом були трохи пригнічені і хвилин десять не вдавалось зав'язати розмову. Я, чесно говорячи, сидів і думав, як же цю «публіку» розшевелити і спрямувати розмову в потрібне русло. Микола Єфремович подивився на присутніх і каже: «Оце я дивлюся на ці маслини, що лежать на столі, і згадую таке». І розповів веселий анекдот. Всі розвеселилися, банкіри та бізнесмени розстебнули піджаки і стали почуватися вільніше. Весь вечір Микола Єфремович був у центрі уваги, і всі з відповідною повагою, а деякі — з неприхованою зацікавленістю хотіли поговорити з ним. Під кінець вечора всім хотілось отримати візитну картку з телефонами Миколи Єфремовича Поліщука. Ці характерні риси — вміння привернути до себе оточуючих, доступність і людяність, з роками життя і з отриманням заслужених титулів у Миколи Єфремовича не зникли, як це буває часто в житті, а збереглися.

В Грузії та інших країнах тамадою на сімейних святах вибирають мудру людину із добрим серцем, яку поважають і старі, і малі. Таким признаним тамадою серед нейрохірургів поза конкурсом протягом тривалого часу є Микола Єфремович. Він вміє створити атмосферу свята і радості. Коли його обирають тамадою, люди забувають про негаразди і, головне, стають хоч на годину чи вечір друзями, якщо раніше і було навпаки.

Микола Єфремович може бути принциповим, суворим, прискіпливим, і навіть «вредним», коли питання йде про нейрохірургію, і навпаки — веселим і компанійським, коли мова йде про відпочинок. Найкраще ілюструється це поведінкою Миколи Єфремовича на наукових конференціях. Під час обговорення доповідей він об'єктивно і досить твердо, а інколи і «круто» висловлює свою думку з того чи іншого питання і іноді складається таке враження, що ця людина в науковому плані буде стояти на своєму досить довго і вперто.

Після конференції ввечері практично завжди ми збиралися на «чашку чаю» в кімнаті Миколи Єфремовича. Нерідко до глибокої ночі йшло неофіційне обговорення доповідей, матеріалів конференції, хірургічних та організаційних проблем. На таких «поседелках» можна було пізнати більше, ніж на засіданнях, тому що люди вільно висловлювали свою думку з тієї чи іншої проблеми. І практично Микола Єфремович є завжди лідером цих неофіційних зустрічей, не менш важливих, ніж офіційні

засідання. Так, завдяки Миколі Єфремовичу я неофіційно познайомився не тільки з видатними нейрохірургами, невропатологами України, а й СРСР, а саме з академіком А. Н. Коноваловим, А. А. Потаповим, професорами Л. Б. Ліхтерманом, В. В. Ярцевим.

Цю рису характеру Миколи Єфремовича, на мій погляд, підтверджує і те, що на конференціях його завжди оточують молоді люди, учні, лікарі. Практично він ніколи не буває сам. І зараз, будучи членом-кореспондентом АМН України, завідувачем кафедри нейрохірургії, депутатом Верховної Ради, як тільки він з'являється на будь-якій конференції чи з'їзді, до нього звертаються зі своїми проблемами лікарі-нейрохірурги з різних міст України, співробітники Інституту, хворі.

Дружина Миколи Єфремовича, Людмила Леонідівна, є свідком і учасником більшості таких неформальних зустрічей і знає, мабуть, практично всіх нейрохірургів України по імені та по-батькові, знає їхні проблеми, оскільки вони всі спілкуються з Миколою Єфремовичем. Інколи Людмила Леонідівна не витримує і каже: «Ну, все, сів Поліщук на свого «коника» і буде зараз молодим лікарям дві години лекцію читати, можна йти у своїх справах». Людмила не тільки стійко держить тили, якими є сім'я, але є одноступенем та помічником в професійному спілкуванні Миколи Єфремовича з різними фахівцями.

Завдяки таким рисам характеру у Миколи Єфремовича багато друзів серед колег в Україні і колишньому Радянському Союзі, причому його однаковою мірою цінують і поважні професори, і молоді нейрохірурги. Я часто був свідком, коли по приїзді на конференції, в Таллінн, Санки-Петербург, Москву, Харків, Одесу, Микола Єфремович щиро привітається з молодими та поважними нейрохірургами, невропатологами з різних країн СНГ. Мабуть оці риси характеру — ініціативність та вимогливість до свого фаху, до наукових пошуків, з одного боку, і відкритість та дружелюбність в повсякденному житті, з іншого, є причиною та основою доброго ставлення колег до Миколи Єфремовича та його успіхів.

Микола Єфремович з молодих років любить свою професію лікаря-нейрохірурга і для нього, як мені відомо, було досить складно прийняти рішення стати депутатом Верховної Ради. Ми не один раз обговорювали, чи вірно він зробив, що дав згоду балотуватись в депутати, тому що це може ускладнити в майбутньому його педагогічну та хірургічну роботу. Спочатку я не дуже прихильно ставився до цього і сказав приблизно таке: «Навіщо тобі оцеї клопіт, однаково медицина буде фінансуватись за остаточним принципом і дуже важко буде зробити щось корисне». Микола Єфремович відповів: «Якщо мені, професору, хірургу, члену-кореспонденту АМН України важко щось зробити, то що у Верховній Раді може зробити простий лікар? Нічого! Можливо хоч дурниць в питаннях охорони здоров'я менше будуть приймати». Його аргументи мене переконали і я побажав йому успіхів і додав досить відомий вислів, який приписують Чингіс-Хану: «Не впевнений — не роби, почав робити — більше не сумнівайся».

Як лікар Микола Єфремович заслужив любов і повагу без перебільшення багатьох тисяч хворих. Причому, на відміну від багатьох інших лікарів, які не люблять їздити на виклики по санітарній авіації або і просто за запрошенням лікарів і хворих, Микола Єфремович протягом всього свого лікарського життя їздив і їздить на консультації практично по всій Україні, до Молдови, Білорусі, країн Кавказу. Ця готовність прийти на допомогу, їхати в свій особистий час, часто вночі, по слизькій дорозі взимку, в автомобілі, свідчить, на мій погляд, про дві дуже позитивні риси Миколи Єфремовича. По-перше, про його здатність відзиватися на чуже горе, співчуття до колеги-лікаря і хворого навіть на шкоду власним інтересам. По-друге, про його впевненість в собі як лікаря, який на відміну від місцевих лікарів-хірургів, зможе зробити операцію краще, краще, швидше розібратися в складній ситуації, а отже, допомогти хворому, про якого він раніше і не чув.

Все це відбувалося практично на моїх очах. Я сам неодноразово звертався по допомогу і просив Миколу Єфремовича поїхати на мою батьківщину проконсультувати хворого — то після травми, то після інсульту. Було таке, телефоную йому, а дружина каже: «Ви запізнилися, він зараз в Ужгороді, а потім їде до Васі Бурундуса в Молдову». Звідки ця невтомність у Миколи Єфремовича? Думаю, що тут дві обставини мають місце: це генетично притаманна риса характеру, яку він успадкував від батьків, а також виховання в українській селянській сім'ї, де віками культивувались, мабуть ще за часів Володимира «Ясного сонечка», людяність, співчуття та готовність до самопожертви, аби допомогти іншому. Ця вроджена риса мабуть і обумовила те, що Микола Єфремович обрав медицину, а не пішов, наприклад, по престижному в ті роки комсомольсько-партійному або міліцейському шляху. З іншого боку, Миколі Єфремовичу поталанило на вчителів, його вчителями були професор Георгій Панасович Педаченко, завідувач кафедри нейрохірургії Інституту вдосконалення лікарів та академік Андрій Петрович Ромоданов, які навчили його нейрохірургії, насамперед нейротравматології. Ці люди, які пройшли війну і досить складне професійне життя, прищепили йому такі якості нейрохірурга, без яких неможливо домогтися поваги хворих і колег, а також успіхів в службовій кар'єрі. Микола Єфремович все життя вчився у своїх вчителів і наставників.

Його наукове життя і його кар'єра — це шлях, який не був усіяний одними трояндами. В житті були великі кризові періоди, але, завдяки його характеру, цілеспрямованості й підтримці колег та вчителів, він завжди достойно виходив з скрутних життєвих колізій. Щоб не бути голословним, наведу два приклади. В період, коли через анонімні листи до райкому партії та Інституту удосконалення лікарів він був змушений піти з посади асистента кафедри нейрохірургії, практично лишився без роботи, його взяли старшим науковим співробітником під особисті гарантії

академіка А. П. Ромаданова в Інститут нейрохірургії, зрозуміло, на меншу зарплату. Академік А. П. Ромаданов любив, підтримував і поважав Миколу Єфремовича. Я згадую, що десь на початку 80-х років, коли я вже працював в Інституті нейрохірургії, обговорювалось питання про перспективних наукових співробітників, то про Миколу Єфремовича А. П. Ромаданов сказав: «Я думаю, що не зважаючи на різні обставини життя Миколи Єфремовича, він є лікарем з хорошою інтуїцією і з нього вийде класний нейрохірург і вчений». Життя підтвердило справедливість цього вислову і Микола Єфремович справдив надію А. П. Ромаданова. Він мобілізувався і успішно захистив докторську дисертацію. Але в житті практично кожного з нас завжди після «свята життя» буває своє «протє». Після захисту виникла нова проблема — працевлаштування молодого доктора наук. В Інституті не було жодної вакантної посади для доктора медичних наук і питання стало гостро. В цей час в Києві відкрили міську Лікарню швидкої медичної допомоги, там було організовано відділення нейротравми, а кваліфікованого спеціаліста на завідування не було. Миколі Єфремовичу запропонували очолити це відділення, а це означало, що фактично потрібно було піти з науки в практичну охорону здоров'я, стати просто завідуючим відділення, незважаючи на те, що ти доктор наук. Він погодився, але за умови, що він буде позаштатним співробітником Інституту нейрохірургії і за контрактом виконуватиме наукову роботу. Він успішно, блискуче впорався з роботою, тоді як деякі пророкували йому невдачу. Микола Єфремович на цій посаді проявив себе не лише як досвідчений лікар-нейрохірург, а й як активний професійний організатор-менеджер. Він зумів налагодити роботу відділень нейротравми, судинної патології, організував Центр невідкладної нейрохірургії. Працюючи в Лікарні швидкої допомоги, Микола Єфремович не на одну хвилину не полишав зв'язку з Інститутом нейрохірургії, виконував наукову тематику, регулярно доповідав про роботу відділення в лікарні. Під його керівництвом виросла ціла плеяда молодих нейрохірургів, які у Миколи Єфремовича вчилися оперувати, які писали під його керівництвом свої перші статті, захищали дисертації. На цій посаді він проявив себе як зрілий організатор охорони здоров'я. Він стає Головним нейрохірургом міста Києва і згодом організовує ще одне відділення судинної нейрохірургії в Жовтневій центральній лікарні та відділення нейрохірургії в обласній лікарні, які очолили його учні. Можливо, якби Микола Єфремович не пішов в «самостійне плавання», залишився в Інституті, його доля склалася б зовсім по-іншому.

Оці два приклади показують, що доля досить суворо випробовувала Миколу Єфремовича, і не все в його житті легко і весело. До цього, мабуть, потрібно додати, що в цей напружений період життя він дуже тяжко захворів (мабуть, позначились життєві стреси), поховав свою дружину, виховував і доглядав свою маленьку доньку.

Микола Єфремович успішно і достойно справився з усіма цими труднощами життя, зумів заслужити авторитет і повагу не лише серед нейрохірургів, а й серед медичної громадськості, став одним з провідних нейрохірургів України, про що свідчило його справедливе обрання членом-кореспондентом АМН України, завідувачем кафедри нейрохірургії Київської медичної академії післядипломної освіти.

За порівняно короткий час після захисту докторської дисертації Микола Єфремович підготував велику кількість учнів та послідовників. Під його керівництвом захищені понад 20 кандидатських та докторських дисертацій, і всі його учні з гордістю кажуть, що вони «учні Поліщука». Це справжня наукова і нейрохірургічна школа. Мабуть, краще про свого Вчителя і наставника вони можуть висловитися самі. Якось після захисту дисертації, виконаної під його керівництвом нейрохірургом з Баку, я спитав у Миколи Єфремовича: «Де ти їх береш і коли ти з ними працюєш?» Він відповів, що вони його самі знаходять, і він не може людині відмовити. Він сказав: «Людина хоче професійно зростати, доторкнутись до великої науки, як їй відмовити, це гріх. А працюю — вночі, вранці, в машині». Ці слова підтверджують його ставлення до своїх учнів, роботи та до свого життя.

Думаючи про лікарський, науковий шлях та творчість Миколи Єфремовича напередодні його ювілею можна сказати, що його життєве кредо, його принципи повністю співпадають з емблемою та гаслом лікарів епохи Гіппократа — запаленою свічкою (замість чаші зі змією) та словами «Служа другим, сгораю сам» «*Aliis inser viendo consumo*». Незважаючи на всі регалії, він залишається таким же доступним, таким же людиною, яким був в молодості. Відомо, що посади, наукові звання, сімейний добробут міняють людей, зумовлюють у більшості з них зміни ментальності, розвиток «зоряної хвороби», коли людина порівнює себе, як мінімум, з пророком, мудрецем, а своє судження вважає «істиною в останній інстанції». Микола Єфремович — досить самокритичний і самоіронічний, дозволяє пожартувати з себе. Хоча, можливо, в когось є дещо інша думка з цього приводу. У Миколи Єфремовича, як у будь-якої талановитої особистості, поряд із друзями і прихильниками, є люди, що заздрять йому, недооцінюють його, а інколи повністю не розуміють. В цьому немає ніякої проблеми, такі вже є люди і звертати на це увагу не потрібно. В житті Миколи Єфремовича був випадок, коли його учень, якого він навчив оперувати, в якого був керівником кандидатської дисертації, розійшовся з ним в професійних поглядах на одну нейрохірургічну проблему. Цей учень не досить коректно, на мій погляд, повівся з Миколою Єфремовичем, і наукові розбіжності почав переносити як на наукове, так і на особисте життя. Микола Єфремович дуже переживав і говорив приблизно так: «... Нехай би це був хтось інший, а не мій учень, мені було б легше з цим змиритись, а то наче борешся сам з собою. Жаль, що

я так помилився щодо моральних якостей цієї людини...». Життя внесло корективи в цей конфлікт, Микола Єфремович вийшов з честю з цього випробування.

Зараз прийнято все порівнювати з країнами розвинутої демократії, де про успішну в бізнесі чи в науці людину, наприклад, як про Білла Гейтса, говорять: селф мейд, тобто, він зробив себе сам. Ці слова повною мірою можна сказати про Миколу Єфремовича, який створив себе сам, пройшовши шлях від селянського юнака до професора, члена-кореспондента АМН, депутата Верховної Ради. Така велика «амплітуда колювання» долі Миколу Єфремовича дозволяє йому з усією повнотою розуміти і життя простого українця, і потреби всієї Держави.

Який Микола Єфремович державний діяч, депутат, голова комісії Верховної Ради України, покаже життя, але вже перші кроки його роботи в Верховній Раді свідчать, що він послідовно відстоює свої погляди, своє бачення реформування галузі охорони здоров'я. Легка ця праця, легкий це хліб? Мабуть ні, і хочеться сподіватись, що лише таким цілеспрямованим, послідовним людям, які добре знають і практичну охорону здоров'я, і наукову діяльність, під силу успішно реформувати нашу медицину.

За 28 років знайомства з Миколою Єфремовичем, коли живеш поруч, бачиш успіхи та досягнення свого колеги, від щирого серця і від усієї душі хочеться порадуватись за нього та повторити слова, які я почув від великого гістолога — професора М. І. Зазибіна, завідувача кафедри гістології Київського медичного інституту. В 1962 році він 1 вересня сказав молодим першокурсникам, серед яких був і я: «Ви вийшли в своє перше плавання по бурхливому безкрайньому морю медичної науки і нехай вітер удачі постійно наповнює вітрила Вашого човна. Попутного Вам вітру».

Думається, що ці високі слова-побажання, особливо другу його частину, доцільно привести зараз, і вони повністю стосуються Миколу Єфремовича, який в розквіті фізичних і творчих сил зустрічає своє 60-річчя в повноті творчих задумів. Це період життя, коли людина не лише багато знає і вміє, а й раціонально реалізує себе, поєднуючи досвід із своїми задумами та можливостями.

Багато зроблено Миколою Єфремовичем, багато здобуто перемог і підкорено вершин в науці та нейрохірургії, проте, як співається в пісні: «Лучше гор могут быть только горы, на которых еще не бывал».

ЕВГЕНИЙ ГЕОРГИЕВИЧ ПЕДАЧЕНКО

*Заслуженный деятель науки и техники Украины,
член-корреспондент АМН Украины, профессор.
Главный нейрохирург Минздрава Украины.*

Стремителен бег времени. Повседневная работа с ее радостями и огорчениями, свершениями и неудачами прерывается яркими событиями, к которым, безусловно, относятся юбилеи друзей и коллег.

Мое знакомство с Николаем Полищуком состоялось в 1972 году в стенах Киевского нейрохирургического института, куда я был «распределен» после окончания Киевского медицинского института.

Этот период развития украинской нейрохирургии характеризовался возникновением и становлением новых направлений, сочетанием опыта зрелых и энергичных учеников и последователей основателя Института — Александра Ивановича Арутюнова, с увлеченностью, азартностью и целеустремленностью молодых врачей, клинических ординаторов и аспирантов.

Это было время мужественных хирургов, смелых и временами рискованных решений, когда коллективная ответственность в принятии тактики лечения сочеталась с ответственностью конкретного врача, выполнявшего оперативное вмешательство. Ограниченные диагностические возможности не уменьшали индивидуальной ответственности за результаты лечения пострадавших с тяжелым травматическим повреждением головного мозга, мозговым инсультом, опухолями мозга.

По традиции, молодые врачи, пришедшие на работу в Институт, последовательно проходили обучение во всех пяти клинических подразделениях. Не были исключением и мы с Николаем Полищуком.

Наши профессиональные связи, к которым со временем присоединились крепкие и уважительные дружеские отношения, сформировались в 1973 году, когда мы оба проходили обучение в клинике травмы центральной нервной системы и сосудистой патологии головного мозга, которой руководил мой отец — один из основоположников современной украинской нейрохирургии — профессор Георгий Афанасьевич Педаченко.

Неотложная нейрохирургия — особый раздел нашей специальности, требует высоких профессиональных знаний, а также значительных физических усилий, ибо круглосуточное дежурство при поступлении большого числа пострадавших, необходимость проведения комплекса диагностических мероприятий и, по показаниям, оперативного вмешательства нередко превращают подобные дежурства в нескучный, увлекательный, но тем не менее изматывающий марафон. До сих пор я вспоминаю одно

из совместных с Николаем дежурств в 70-е годы, когда в течение суток нам пришлось выполнить 6 сложных нейрохирургических операций.

Николая отличает редкое в наши дни качество: он нейрохирург широкого профиля, с одинаковой легкостью и профессионализмом выполняет операции по поводу опухоли и травматического повреждения нервной системы, разнообразной сосудистой патологии, комплекс современных вмешательств на позвоночном столбе и спинном мозге, сложные пластические операции. К сожалению, сегодня такая традиция подготовки универсального нейрохирурга в Институте утеряна.

Преданность специальности, неутомимость в работе, требовательность к себе, редкая добросовестность и надежность сделали Николая Ефремовича Полищука одним из самых любимых учеников отца. Будучи на протяжении 33 лет заведующим кафедрой нейрохирургии Киевского института усовершенствования врачей, он был уверен, что только Николай Полищук сможет стать достойным преемником и продолжателем дела всей его жизни.

Накануне 70-летия Г. А. Педаченко в 1993 году, когда он должен был оставить руководство кафедрой в соответствии с принятым в те времена кадровым ограничением по возрасту, тогдашнее руководство Института нейрохирургии предприняло энергичные шаги по выдвижению альтернативного Николаю Ефремовичу кандидата. Надо отдать должное принципиальной позиции отца и руководства Института усовершенствования врачей, которые отстаивали кандидатуру Николая Ефремовича Полищука. Последующие годы подтвердили безусловную правильность такого решения.

Блестящий нейрохирург и ученый, прекрасный врач и педагог, Николай Ефремович Полищук снискал глубокое уважение и любовь коллег, пациентов и друзей.

На протяжении десятков лет отличительными чертами Николая Ефремовича остаются принципиальность и порядочность — качества, весьма нечастые в наши изменчивые времена. Мы можем дискутировать, не соглашаться по тем или иным частным вопросам специальности, однако эти споры не оставляют неприятного осадка, они отличаются доброжелательностью и конструктивностью, преданностью Делу.

Думаю, что украинская политика выиграла от прихода в Верховную Раду нейрохирурга Николая Полищука, но украинская нейрохирургия утратила достаточно многое. Остается надеяться, что привычка к нелегкому труду, постоянное самосовершенствование, поиск новых путей и новых решений позволят Николаю Ефремовичу совместить такие труднo совместимые виды деятельности, как строительство Государства и работу у операционного стола, политическую борьбу и борьбу за жизнь больного, законотворчество и воспитание молодого врача.

Доброго тебе здоровья, творческих сил, вдохновения и молодого задора, дорогой наш товарищ и коллега!

В. І. ЦИМБАЛЮК

член-кореспондент АМНУ, професор

Людина-борець в гігантських хвилях

*Немає справи, влаштування якої
було б важчим, проведення небезпечнішим,
а успіх сумнівнішим, як зміна старих порядків новими.*

Макіавеллі Нікколо
Італія, Середньовіччя

Коли сідаєш за написання таких як ці спогадів із сумом відзначаєш, як швидко летить час і як з молодих людей, оптимістів, сповнених надій на майбутнє, ми стали реалістами, досягнувши певного етапу вікового рубежу.

Про Миколу Єфремовича Поліщука (Коляшу, як ми називали його в юності, сенатора, як називаємо його зараз) можу сказати коротко «self made man», що в перекладі з англійської — людина, яка зробила себе сама. І це дійсно так. Все, чого досяг М. Є. Поліщук, а досяг він не мало: доктор медичних наук, професор, член-кореспондент АМН України, Заслужений діяч науки і техніки, директор Центру невідкладної нейрохірургії, завідувач кафедри нейрохірургії КМАПО імені П. Л. Шупика, Головний нейрохірург м. Києва, депутат Верховної Ради України, голова Комісії з охорони здоров'я при Верховній Раді і ще багато різних громадських титулів є результатом його наполегливості, рішучості, розуму, рук, волі.

Виріс в простій селянській сім'ї, в труднощах, бо матері одній потрібно було піднімати двох дітей (його і брата), добре навчався в школі, поступив «без блату» на медичний факультет Ужгородського університету, де проявив себе старанним студентом і завзятим активістом. Попрацював в селі за направленням вузу, але завжди мріяв про те, що досягне вершин. І досягнув як в нейрохірургії, так і в громадсько-суспільному житті України.

Для мене особисто Микола Єфремович сприймається в образній уяві як людина, яка пливе серед гігантських хвиль в бурхливому морі. Це відчуття не надумане, а реальне. Років 15 назад, коли була чергова наукова конференція в Одесі, нас запросив на морську прогулянку наш друг, колега нейрохірург Анатолій Іванович Кондратов, «Моряк», як ми його називали в гуртожитку, коли в 1971-1973 рр. навчалися в клінічній ординатурі з нейрохірургії. Він мав власну яхту і запросив найближчих друзів на морську прогулянку. Погода для прогулянки на яхті відповідала, був сонячний теплий день і достатньо потужний вітер. Як ведеться, в трюмі яхти був накритий стіл

із великим запасом напоїв від одеських вин до морського рому. Після того, як ми відійшли на декілька миль від берега, вітер відчутно став сильнішим, піднялися достатньо великі хвилі, які почали кидати нашу яхту з боку в бік. Анатолій Іванович підняв усі паруси, дав мені штурвал і наказав, щоб я тримав ніс яхти проти хвилі. До цього часу згадую це надзвичайне враження, коли яхта вривається в хвилю, піднімається вгору, а потім стрімко падає вниз, до зустрічі з новою хвилею. Незважаючи на підняті паруси, було відчуття, що ми рухаємося повільно, можливо, стоїмо на місці, а хвилі летять на нас.

Озирнувшись, я побачив, що Микола Єфремович роздягнувся і вискочив за борт. За ним зразу ж вискочив наш гість з Ленінграду — завідувач оргметодвідділом Ленінградського науково-дослідного інституту нейрохірургії Євген Миколайович Кондаков. Що їх застало пірнати в бурхливе море не знаю: можливо — сонце, можливо — вино, а можливо і відчуття екстриму, яке є у певній категорії людей в натурі.

Сидячи біля штурвала, я з жахом спостерігав, як їхні голови з'являються і зникають за велетенськими перекатами морської води, і як вони віддаляються від яхти. Тільки тут я зрозумів, що, незважаючи на хвилі, яхта йде вперед з великою швидкістю.

Наступили критичні хвилини, ми віддалялися від наших друзів і повернути яхту не могли, її перевернуло би боковою хвилею. Анатолій Іванович Кондрашов опустил великий парус, ми викинули дві довгі мотузки, на яких були рятівні круги. Яхта стихила хід, наші «моржі» схопилися за круги, і ми їх витягнули на борт.

Ця картина завжди стоїть у мене перед очима, коли я бачу Миколу Єфремовича, бо і зараз він пливе у вирі великих хвиль тільки не Чорного моря, а політичних пристрастей і баталій, які сьогодні відбуваються в бурхливому політичному житті нашої Держави. Ці хвилі більш небезпечні, ніж чорноморські, і рятівний круг тут може не допомогти.

Микола Єфремович розуміє це, але йде вперед як справжній воїн.

Думаю, що в минулому житті Микола Єфремович був воїном. Він завжди фізично сильний, витривалий, а коли дивлюся на його обличчя, завжди згадую могутні історичні постаті Максима Кривоноса, Захара Беркута, які боролися до останнього в різні періоди історії за свободу і незалежність нашої країни.

Людина-борець в гігантських хвилях.

А починалося все прозаїчно просто. Інститут нейрохірургії, на подвір'ї біля гаража і віварія розміщений невеликий одноповерховий будинок, в якому в шести крихітних кімнатах мешкали молоді люди, які навчалися нейрохірургії і сьогодні фактично диктують сучасну політику Української нейрохірургічної науки.

Це М. Є. Поліщук, Ю. О. Орлов, Є. І. Скобський, П. В. Спасиченко, М. О. Цимбал, а ще раніше — В. Г. Черненко, А. Кобець, В. І. Щеглов, Д. С. Ляшенко, А. Є. Косінов, В. Саранча та багато інших.

Можна сказати, що цей гуртожиток був тією кузницею, з якої виходили справжні спеціалісти нейрохірургії. Я поселився в ньому в листопаді 1971 року, в кімнату розмірами 3х3 м. Першу половину дня ми інтенсивно працювали в клініках. Постійні операції, чергування, потім робота над дисертацією. А надвечір всі виходили грати у футбол. Ми просто не уявляли свого життя без цього. Микола Єфремович завжди брав участь у грі. І хоч ми не були вправними гравцями, футбол давав можливість реалізувати той надлишок енергії та емоцій, які били з нас через край. Михайло Омелянович Цимбал навіть після перенесеної хвороби Боткіна прив'язував кришку ящика на живіт для захисту печінки і ставав на ворота. А після футболу була вечеря, було обговорення подій. Потім сідали за написання дисертацій. Це був період, коли всі ми жили однією великою родиною. І навіть зараз, коли пройшли десятиліття, коли у нас з'явилися свої інтереси і переконання, які іноді не співпадають з іншими, в деяких відношеннях — елементи конкуренції, те чуття єдиної родини часто згладжує всі суперечності.

Пам'ятаю випадок, пов'язаний з М. Є. Поліщуком і футболом. В одному з боксів інститутського гаража стояла новенька двадцятьчетвірка «Волга» Андрія Петровича Ромоданова, на якій він їздив дуже рідко, бо мав службову «Волгу». Одного вечора від удару Миколи Єфремовича м'яч попадає у вікно над дверима гаража, розбиває скло і всі уламки скла падають на капот нової двадцятьчетвірки. Це могло бути крахом. І якщо Андрій Петрович до цього поставився б лояльно, то Ганна Сергіївна цього не простила б.

Микола Єфремович не розгубився. Він попросив найхудішого з нас М. О. Цимбала залізити через розбите вікно всередину позбирати всі осколки на машині і біля неї, а сам вирізав нове скло і вставив його.

Наступного дня в гаражі з'явилися Андрій Петрович та Ганна Сергіївна, які збиралися їхати в Ірпінь.

— Андрію! Ти бачиш, скільки подряпин на машині? — сказала Ганна Сергіївна. — Це ж коли вони з'явилися!?

— Та вони були весь час, — відповів Андрій Петрович. — Ти просто раніше не дивилась на машину.

Дуже яскраво пам'ятаю пожежу в гуртожитку, яка почлась з кімнати, де жили лаборанти професора Т. М. Сергієнка. Вогонь дуже швидко поширювався по кімнатах і коридору. Миколи Єфремовича в цей час не було дома, в його кімнаті вагітна дружина Ірина намагалася врятувати кандидатську дисертацію, яка вже була надрукована Миколою для попереднього захисту. Тоді у нас не було ніяких цінностей і найціннішою була наукова робота, в яку було вкладено багато безсонних ночей.

Щоб не втрачати час на збирання паперів, молоді хлопці вскочили в кімнату і викинули через вікно стіл з рукописом кандидатської дисертації М. Є. Поліщука. Ще і на другий день він збирав окремі аркуші, розкидані по всьому

подвір'ю і рясно політі піною пожежників. Микола Єфремович відновив свою роботу і успішно захистив кандидатську дисертацію, присвячену черепно-мозковій травмі на тлі алкогольної інтоксикації.

Отже, Микола Єфремович з своєю наукою в нейрохірургії пройшов випробування вогнем і водою. Залишилось побачити, як він перенесе мідні труби, які зараз гучно сурмлять навколо нього зокрема, і над «Нашою Україною».

Серйозним випробуванням для М. Є. Поліщука була організація нової служби в лікарні швидкої медичної допомоги, яка була відкрита у 1985 році.

Андрій Петрович Ромоданова доручив саме М. Є. Поліщуку налагодити цю службу, і він не помилився. А. П. Ромоданов добре знав своїх співробітників, і знав, що кому можна доручити.

М. Є. Поліщук не тільки організував службу швидкої допомоги по наданню допомоги хворим з черепно-мозковою травмою, він організував нові відділення: спінальної нейрохірургії, судинної нейрохірургії, а згодом створив потужний Центр невідкладної нейрохірургії, який з часом створив конкуренцію навіть Інституту нейрохірургії. За цей період роботи Микола Єфремович почав оперувати все, починаючи від ургентної нейрохірургії і закінчуючи нейроонкологією. По суті він став одним з універсальних провідних нейрохірургів України, фундатором своєї «Поліщуківської школи» нейрохірургів, яка на сьогодні налічує понад 30 учнів — докторів та кандидатів медичних наук, яка відрізняється від інших своєю хірургічною агресивністю (більшість учнів М. Є. Поліщука керують відділеннями в м. Києві).

Ще мені подобається в М. Є. Поліщуку його незалежність. Ця незалежність поглядів і виступів проявлялась вже на початку його наукової кар'єри, коли він виступав із своєю думкою, а А. П. Ромоданов по батьківськи казав: «Миколо, посидь». Ця незалежність проявилась потім в його виступах на засіданнях Вченої ради, захистах дисертацій і особливо зараз, в період роботи в Парламенті, коли М. Є. Поліщук на трибуні «ріже правду в очі» на відміну від тих, хто намагається засвітитися на трибуні Парламенту і нікого не зачепити.

АНАТОЛІЙ ІВАНОВИЧ ТРЕЩИНСКИЙ

*Професор, основатель анестезиологии
и реанимации в Украине*

Мне бы хотелось немного рассказать об удивительном и прекрасном человеке, которого я знаю много лет. Это Николай Ефремович Полищук — нейрохирург-профессионал (к счастью, его пациентом я не являюсь).

Жизнь — это всё, это бесценный дар Бога и Природы, это самое дорогое, что есть у человека. Жизнь — это надежда и мечта, это работа и быт, это разочарования и победы. Это Жизнь.

С Н. Е. Полищуком мы встретились при весьма печальных обстоятельствах, когда будучи ещё молодым человеком, он заболел. Его жизнь была в опасности. За его жизнь боролись все: врачи, коллеги, близкие. Он победил, словно второй раз родился. И это второе рождение он несет бережно и достойно, по-человечески благородно.

С этого времени, мы стали больше чем знакомые и коллеги, мы стали друзьями. В общении с ним чувствуешь какую-то теплоту, нежность, уважение к собеседнику. С ним можно говорить часами, не чувствуя усталости, время проходит незаметно.

Николай Ефремович — нейрохирург, а хирурги редко бывают толстыми. Он худощав, спортивного телосложения, среднего роста, всегда подтянут, с лёгкой походкой и приветливой улыбкой. Руки крепкие и теплые, словно хотят успокоить и дать надежду многим больным. Глаза умные, добрые, лоб высокий. Он многое умеет — водит машину, строит дачу, чинит компьютеры.

Его речь спокойна и последовательно логична, кратка и глубоко осмыслена, читает ли он лекции студентам или выступает на международном конгрессе, говорит по радио, телевидению, излагает свои взгляды в прессе, или в Верховной Раде. Всегда чувствуется исчерпывающее знание темы, которую он освещает. Здесь можно много говорить о всесторонних проблемах, стоящих перед здравоохранением в Украине (оснащение, кадры, финансирование, страхование и т.д.), которые не были бы не подняты, изучены, прокомментированы Николаем Ефремовичем. В его выступлениях всегда присутствует главное, новое, перспективное и нужное.

Жизнь Николая Ефремовича не из легких. Трудится он много, везде успевает, везде помогает, везде его ждут. Оперирует много. Сколько человеческих жизней он спас!? Как у талантливого музыканта, музыка льется, волнует, так и нейрохирург-профессионал спасает все больше и больше больных, нуждающихся в профессионале. А мозг — его Величество, требует холодного разума, острых очей, быстрых и умелых рук. Это

происходит только благодаря огромному, очень напряженному человеческому труду. И не верьте, что без труда, бессонных ночей, переживаний может получиться что-то хорошее.

Николай Ефремович достиг многого. Он на вершине Олимпа. Заведующий кафедрой нейрохирургии КМАПО, член-корреспондент АМН Украины, депутат Верховной Рады Украины, возглавляет Комитет по охране здоровья, материнства и детства.

Николай Ефремович учит врачей, под его руководством защищено более 30 кандидатских диссертаций. Он является автором многочисленных монографий и научных статей по самым актуальным проблемам в нейрохирургии, операциям и тактике лечения черепно-мозговой травмы, опухолей, сосудистых заболеваний и др.

Его труд высоко оценен людьми не только в Украине, но и за рубежом.

Николая Ефремовича отличают целеустремленность и самоотдача, ответственность, отзывчивость и исключительно доброжелательное отношение к людям, взвешенная профессиональная оценка всего нужного, нового.

Эти качества, сочетающиеся с научной эрудицией и огромным клиническим опытом, снискали ему уважение широкой научной и врачебной общественности. Он многое знает, многое умеет, многое может сделать для Людей.

Дай Бог ему Здоровья и Силы.

ІВАН САВОВИЧ ЗОЗУЛЯ

*Проректор з наукової роботи,
завідувач кафедри медицини невідкладних
станів КМАПО ім. П. Л. Шупика,
Заслужений діяч науки і техніки України,
Лауреат Державної премії України,
Академік Академії наук вищої школи,
д. мед. н., професор*

Член-кореспондент АМНУ, професор Поліщук Микола Єфремович, яким я його знаю.

Познайомились ми з Миколою Єфремовичем Поліщуком в 70-ті роки, коли він закінчив підготовку кандидатської дисертації і розсилав автореферат. Вже тоді я побачив в ньому розумну, цілеспрямовану особистість, людину великої ерудиції і професійної кваліфікації.

Потім ми працювали разом в Київському інституті удосконалення лікарів, він — на кафедрі нейрохірургії, я — неврології.

Але спільно почали працювати з 1987 року, коли я був переведений на кафедру швидкої та невідкладної медичної допомоги, яка базувалася в Київській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги, а Микола Єфремович був там директором клініки невідкладної нейрохірургії. Він вже був доктором медичних наук, професором. Мене вразили його доброта, привітність, комунікабельність, не тільки особисто до мене, тоді ще кандидата медичних наук, а і до всіх співробітників лікарні.

Я став консультантом-неврологом в клініці нейрохірургії, якою керував Микола Єфремович. Я був в його підпорядкуванні, але це ніколи не відчувалося. Обходи і клінічні розбори хворих були висококваліфікованими, це була щоденна школа для всіх лікарів — нейрохірургів, невропатологів, середнього медичного персоналу. На цих клінічних розборах визначалася тактика ведення індивідуально кожного хворого, особливо чітко обговорювалась тактика ведення хворих, яким було показане оперативне втручання. Дуже велику увагу Микола Єфремович приділяв (і приділяє) наданню екстреної медичної допомоги на до- та ранньому госпітальному етапах.

Щотижня професор М. Є. Поліщук проводить маленькі наукові конференції з оглядом літератури: провідних медичних журналів, монографій, підручників, інтернету, щоб всі співробітники клінік (нейросудинної, черепно-мозкової і спінальної травми) знали про сучасні принципи діагностики і лікування нейрохірургічних хворих, про новітні технології в неврології та нейрохірургії.

Постать Миколи Єфремовича — це постать сьогоднішнього вченого, педагога, організатора охорони здоров'я, Вчителя, висококваліфікованого лікаря. І коли стало питання про вакантну посаду завідувача кафедри нейрохірургії Київського державного інституту удосконалення лікарів (нині КМАПО ім. П. Л. Шупика), одностайно названо ім'я доктора медичних наук, професора Миколи Єфремовича Поліщука.

Його зірку в ті часи розгледів видатний вчений, педагог, організатор охорони здоров'я, доктор медичних наук, Заслужений діяч науки і техніки, ректор, професор Гирін Віталій Миколайович, який, на жаль, рано пішов з життя.

Віталій Миколайович Гирін завжди підтримував Миколу Єфремовича, вони радились з багатьох питань реформування вищої школи. Вже тоді ректор вбачав у Миколі Єфремовичу і великого політика.

Невдовзі Микола Єфремович стає Заслуженим діячем науки і техніки України, членом-кореспондентом АМН України, а з 2002 р. — депутатом Верховної Ради України, головою Комітету з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства.

Микола Єфремович залишається (за сумісництвом) завідувачем кафедри нейрохірургії, директором клініки невідкладної нейрохірургії Київської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги.

Він читає лекції лікарям-курсантам, інтернам, готує докторів і кандидатів медичних наук, не так часто, але робить обходи в клініках. Тяжкохворих він оглядає і консультує в будь-який час. Оперує рано вранці або у вихідні дні.

Микола Єфремович знаходить час для написання та видання підручників, монографій, наукових праць. Він не може відмовитись виступити на науково-практичних конференціях, з'їздах чи інших наукових форумах.

Мені здається, що його девізом є — активне життя в усіх його проявах.

Микола Єфремович любить активний відпочинок на природі, серед дерев, луків, річок. Тільки така людина може бути доброю і щирою.

Проте, його доброта поєднується з великою вимогливістю, об'єктивністю, цілеспрямованістю, перспективністю. І в цьому ми дуже добре переконалися по його роботі у Верховній Раді.

Микола Єфремович більше за інших керівників галузі розуміє, що потрібно нинішній системі охорони здоров'я, як і яким шляхом змінювати стереотипи.

Це він робить сьогодні. В його виступах, публікаціях звучить лейтмотив, орієнтир — довести рівень підготовки лікарів і надання медичної підготовки до світових стандартів.

Академія (КМАПО ім. П. Л. Шупика) — це дійсно сузір'я наукових шкіл і відомих прекрасних ерудованих спеціалістів і вчених, серед яких яскраво виділяється професор Микола Єфремович Поліщук.

Дійсно, я бачу в постаті цієї Людини, Вчителя, Діяча зерно майбутнього.

Н. Б. МАНЬКОВСКИЙ

*Председатель Киевского городского
научно-практического общества неврологов,
Заслуженный деятель наук Украины, профессор*

Нейрохирург и неврологи

*«Неизбежность творчества врача
связана с индивидуальностью
и неповторимостью каждого больного.*

*Врач-исследователь видит
одновременно особенное и общее».*

*«Ни в одной профессии наука и
повседневная практика так
не сливаются воедино, как в медицине».*

Из афоризмов академика В. В. Фролькиса

Среди современной плеяды врачей новой генерации особой гранью выделяется член-корреспондент АМН Украины профессор Н. Е. Полищук — ведущий нейрохирург нашей страны. Широта клинической эрудиции Н. Е. Полищука сочетается с диагностическим даром, интуицией, обостренным чувством нового, умением эффективно применять традиционные средства. Н. Е. Полищук — достойный продолжатель традиций школы академика А. П. Ромоданова, одним из любимых учеников которого он является.

Действительно, в наше время стремительного развития медицинской науки современные хирурги, как правило, сознают, что их достижения стали возможны потому, что они как исследователи и «рукодельники-творцы» стоят, по выражению классиков, на плечах гигантов минувшего века. Н. Е. Полищук — яркий представитель и продолжатель известной нейрохирургической плеяды, впитавший в свое творчество идеи академиков А. И. Арутюнова, А. П. Ромоданова, Г. А. Педаченка.

В течение многих лет Н. Е. Полищук поражает нас своей трудоспособностью и многогранностью интересов к неврологической науке и практике. Поэтому не случайно это реализовалось в многолетней совместной работе научных обществ неврологов и нейрохирургов г. Киева. Уже более 6 лет мы являемся участниками интересных и ярких заседаний, тематика которых, как личная инициатива Н. Е. Полищука, затрагивает актуальные проблемы, связанные с лечением заболеваний ЦНС.

С интересом и всегда при полном аншлаге в конференц-зале Института нейрохирургии воспринимаются доклады Н. Е. Полищука и ведущих

нейрохирургів міста, в яких відображаються сучасні аспекти діагностики і лікування гострого порушення мозкового кровообігу, комплексної терапії різних клінічних синдромів остеохондрозу хребного стовба, нових методів нейрохірургічного лікування сирингомії, гідроцефалії у дітей, субдуральної гематоми, спастичної кривошеї, пухлин головного мозку, судинних пухлин спинного мозку і хребного стовба. За ініціативи Н. Е. Поліщука неврологи Києва мають можливість ознайомитися з результатами лікування екстремальних пошкоджень головного мозку, проблемою життя і смерті нейрона в умовах ішемії, специфікою реанімаційної допомоги при поліорганої недостатності. Всі ці актуальні проблеми неврології представлені Миколаєм Єфремовичем в його численних монографіях, являючись цінним керівництвом в щоденній практичній роботі неврологів України. Широко востребовані в цій зв'язі результати наукових досліджень Н. Е. Поліщука, відображені в монографіях: «Принципи ведення хворого в неотложній неврології і нейрохірургії» (1998), «Клінічне керівництво по черепно-мозговій травмі» (1998), «Алкогольна інтоксикація в клініці неотложної нейрохірургії і неврології» (2000), «Повредження хребного стовба і спинного мозку» (2001), «Хірургічне лікування дискогенних радикулопатій шийного відділу хребного стовба» (2004); спеціальний інтерес для військових лікарів-нейротравматологів представляє ілюстроване посібник «Вогнепальні травми голови» (1996).

Багато сил Н. Е. Поліщук віддає підготовці наукових, педагогічних і лікарських кадрів на посаді завідувача кафедри нейрохірургії КМАПО ім. П. Л. Шупика. Йому підготовлено більше 30 кандидатів медичних наук, багато лікарів — нейрохірургів для практичної роботи в різних регіонах України.

Плодотворну наукову і педагогічну діяльність Н. Е. Поліщук поєднує з великою активністю в державній сфері, віддаючи особливу увагу розробці і впровадженню нових форм організації медико-соціальної допомоги населенню України, зокрема, можливості реалізації спеціалізованої судинної програми по церебральній судинній патології. Численні яскраві виступи Н. Е. Поліщука в якості доповідача і лектора на вітчизняних і міжнародних наукових і практичних форумах неврологів і нейрохірургів сприяють інтеграції спільних зусиль фахівців у справі подальшого розвитку проблеми вивчення функції мозку і ефективних способів комплексного лікування захворювань нервової системи. Серед відомих афоризмів В. В. Фролькіса є висловлювання про те, що «Віра породжує надію, а надія вселяє віру». Ми — неврологи по суті своєї спеціальності завжди віримо і надіємося одночасно, адже ці найкращі людські і професійні якості є в нас повністю і нашою Ювілею, неперемінна наша впевненість у перспективному майбутньому гармонічного симбіозу неврології і нейрохірургії на благо здоров'я людини.

В. Я. ФИЩЕНКО

*д. м. н., профессор, заведующий клиникой
вертебрологии НИИ травматологии
и ортопедии г. Киев*

Николай Ефремович Полищук и вертебральная хирургия

В канун 60-летнего юбилея доктора медицинских наук, профессора члена-корреспондента Академии Медицинских наук, Народного депутата Украины Николая Ефремовича Полищука — замечательного человека, талантливого хирурга-новатора, ученого и педагога я в своем очерке, не претендуя на полное освещение многогранной деятельности нейрохирурга, хочу поделиться мыслями о его влиянии на становление и развитие современной вертебрологии — новой отрасли медицинских знаний, которая родилась на стыке нескольких специальностей. Ее прогресс во многом зависел от тесного и плодотворного сотрудничества ортопедов-травматологов и нейрохирургов. О роли нашего юбиляра в развитии этой отрасли знаний и будет повествование в моем сообщении. Из множества проблем вертебральной хирургии ведущими являются травматические повреждения и дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника. Именно по этим вопросам существует плодотворное сотрудничество ортопедов-травматологов и нейрохирургов, при котором ярко проявился талант профессора Н. Е. Полищука.

После 13 лет учебы и работы в клинике хирургии позвоночника Центрального института травматологии и ортопедии им. Н. Н. Пирогова (ЦИТО, Москва) под руководством одного из основателей современной вертебральной хирургии проф. А. И. Казьмина в 1973 г. я защитил докторскую диссертацию по хирургическому лечению форм сколиоза, мечтал о самостоятельной научной и практической деятельности. И когда в 1975 г. директор Киевского института ортопедии проф. И. В. Шумада пригласил меня возглавить клинику хирургии позвоночника, я с радостью и тревогой принял его предложение. Свою адаптацию в новых условиях я увязывал с установлением хороших отношений с научной медицинской общественностью Киева и Украины. Еще работая в Москве я знал высокий уровень научных исследований ученых травматологов-ортопедов Украины и волновался о том, как сложатся мои отношения с ними. Вертебральная хирургия имеет некоторую свою специфику. Как никакая другая отрасль ортопедии она тесно связана с неврологией и нейрохирургией. Поэтому мне предстояло преодолеть еще один барьер взаимоотношений со смежными специалистами.

По московским временам я знал уровень развития науки в Киевском институте нейрохирургии, его талантливых ученых и по переезде в Киев считал своим долгом наладить контакты с научной общественностью нейрохирургов. В последние годы работы в Москве я познакомился с директором Киевского института нейрохирургии академиком Андреем Петровичем Ромодановым, что в последующем облегчило мне установить хорошие отношения с нейрохирургами. Более тесные отношения установились после оппонирования докторской диссертации ученика А. П. Ромоданова А. М. Томникова. Его научная работа по хирургическому лечению шейного остеохондроза из передних доступов для нейрохирургов была новым направлением и Андрей Петрович несколько опасался моего отношения к этому направлению хирургии позвоночника. Однако все прошло гладко и наши отношения окрепли.

В начале 80-х годов проф. Г. С. Юмашев, заведующий кафедрой травматологии и ортопедии 1 Московского мединститута, больше в общеполитической печати, чем в научной медицинской, поднял бум по хирургическому лечению осложненных повреждений позвоночника и спинного мозга. Его публикации в «Известиях», «Сельских вестях» и выступления по телевидению об успешных пластических операциях у спинальных больных при полном перерыве спинного мозга, всколыхнул большое число больных с тяжелыми последствиями травматической болезни.

Рекламные публикации из клиники проф. Г. С. Юмашева вызвали отрицательное отношение к ним со стороны нейрохирургической общественности. Однако число желающих больных оперироваться у проф. Г. С. Юмашева все возрастало. Только из Украины у него на очереди стояло 18 тысяч больных. При негативном отношении нейрохирургов к проблеме пластики спинного мозга, в 1984 году по приказу Министерства здравоохранения Украины, на базе клиники хирургии позвоночника Киевского института ортопедии был создан Республиканский спинальный центр с расширением клинической базы до 90 коек. Эта проблема для нас, вертебрологов, была новой и мы с большой осторожностью и опаской приступили к ее изучению. Так как наш институт не располагал базой по ургентному лечению травматических повреждений скелета, Республиканский спинальный центр начал заниматься больными с осложненными повреждениями в отдаленные сроки травматической болезни. Основными проблемами у этих больных были: реконструкция позвоночного канала, стабилизация позвоночного сегмента, устранение контактур, параартикулярных оссификатов, лечения трофических расстройств и восходящей инфекции мочевыводящих путей.

Первые результаты по декомпрессивно-стабилизирующим операциям и укорачивающей вертебротомии были доложены на III конгрессе СФУЛТ. После доклада мне были заданы профессиональные вопросы по этой сложной проблеме. Здесь я впервые познакомился с проф. Николаем

Ефремовичем Полищуком и была продолжена дискуссия по проблемам осложненных повреждений позвоночника. С этого времени началась наша тесная дружба с замечательным, умным, высокопрофессиональным человеком. При общении с ним по общим проблемам, тяжелым больным и чисто житейским вопросам всегда можно было рассчитывать на его искренность, доброжелательность, добропорядочность.

Через несколько лет работы Республиканского спинального центра группа ведущих нейрохирургов: проф. А. П. Ромоданов, проф. Ю. А. Зогуля, проф. Н. Е. Полищук, проф. В. С. Михайловский, проф. Я. В. Пацко ознакомились с работой клиники. Сразу же после обхода клиники, положительно оценив работу, А. П. Ромоданов провел совместное заседание проблемных комиссий «Нейрохирургия» и «Ортопедия и травматология». На заседании выступил Н. Е. Полищук и высказал пожелание совместных научных разработок по проблемам осложненных повреждений позвоночника. При этом были распределены полномочия по оказанию ургентной помощи в острых случаях спинномозговой травмы нейрохирургами и лечению остаточных явлений в отдаленные сроки травматической болезни — в условиях Республиканского спинального центра. Такая концепция высококвалифицированной помощи, высказанная Николаем Ефремовичем Полищуком, не потеряла своей актуальности и до настоящего времени.

Для развития проблем осложненных повреждений позвоночника проф. Н. Е. Полищук собрал и возглавил большой авторский коллектив ведущих специалистов Украины и стран СНГ по направлению основополагающего руководства «Повреждения позвоночника и спинного мозга», в состав которого вошел и Ваш покорный слуга.

Наши дружеские отношения поддерживались не только на профессиональной основе. При любых житейских проблемах проф. Н. Е. Полищук всегда приходил на помощь.

Жизнь сложилась так, что в 2002 году при выборах в Верховную Раду по моему избирательному округу баллотировался Николай Ефремович. Я с огромнейшей радостью воспринял его победу, а сейчас внимательно слежу за его плодотворной депутатской деятельностью на посту Председателя Комитета по охране здоровья, материнства и детства. Здесь в полном объеме проявились его высокоинтеллектуальные качества Государственного деятеля.

В день юбилея от имени травматологов-ортопедов, вертебрологов Украины и себя лично сердечно поздравляю и желаю счастья, здоровья, плодотворной деятельности. Легкой руки Вам, Николай Ефремович на долгие годы в нейрохирургии.

М. О. КОРЖ

*Директор Інституту патології хребта
та суглобів ім. проф. М. І. Ситенка
АМН України, Заслужений діяч науки і техніки України,
доктор мед. наук, професор*

В. О. РАДЧЕНКО

*Заступник директора з наукової роботи
Інституту патології хребта
та суглобів ім. проф. М. І. Ситенка
АМН України, д. м. н.*

*«Господь подарував нам рідних,
але друзів ми, слава Богу, можемо вибирати самі».*

Етел Мамфорд

Історично склалося так, що протягом довгого часу нейрохірурги й травматологи-ортопеда нашої країни мали різні точки зору з приводу хірургічного лікування захворювань та особливо травматичних ушкоджень хребта. Та біля 20 років тому на конференціях з'явилися доповіді, а у періодичних виданнях статті Миколи Єфремовича Поліщука, які об'єднували думку обох спеціальностей і спрямовували їх в одному напрямку, а саме — необхідності поєднати нейрохірургічні та ортопедичні підходи в лікуванні хворих з травмою хребта.

Запам'яталась конференція, що відбулася у 1986 році у Харкові, на якій з'ясувалося, що головна мета — повернути здоров'я людині, вимагає зближення двох спеціальностей, тобто, одночасного проведення декомпресії із стабілізацією хребта.

З цього часу почалося наше знайомство, спілкування і дружба з молодим і енергійним нейрохірургом Миколою Поліщуком. За ці роки, кожна наша зустріч приносить приємні спогади. А таких було немало. Серед них особливо виділяються такі, що спричинили поворотні дії як у нашій спеціальності, так і в організації загальних заходів, спрямованих на виживання та підтримку рівня нашої медицини, в яких Микола Єфремович відігравав велику роль та взяв на себе тягар ведучого в цьому напрямку.

Близько 10 років назад у м. Харкові висадився Київський «десант» з нейрохірургів та організаторів охорони здоров'я під команду М. Є. Поліщука. Основною базою було вибрано Інститут ортопедії та травматології ім. проф. М. І. Ситенка МОЗ України, де і проходили основні події.

Нейрохірурги працювали в операційній, де проходили хірургічні втручання по стабілізації хребта, а в аудиторії йшли дебати по організації недержавних організацій, які б допомогли вижити галузі, ініціатором цього виступив М. Є. Поліщук. Микола Єфремович встигав усюди — і прийняти участь в основних етапах операції і підтримати дискусію по організації виживання нашої медицини.

На наших взаєминах з приводу стабілізації хребта вважаємо необхідно зупинитись окремо. Стабілізуючі пристрої та системи, які широко використовують при захворюваннях та ушкодженнях хребта, отримали визнання в усьому світі. Але для наших громадян вироби відомих закордонних фірм недоступні як за ціною, так і за можливістю отримати їх в необхідний час і в необхідному місці.

Розуміючи це, М. Є. Поліщук ініціював розробку стабілізуючих конструкцій в Україні, а знаючи, що така робота протягом багатьох років велась в Інституті ортопедії та травматології ім. проф. М. І. Ситенка м. Харкова, він приїхав познайомитись зі станом питання на місці. Тим більше, що в інституті були достатні виробничі потужності, які дозволяли виготовляти сучасні стабілізуючі системи.

Обговорення цього питання нерідко затягувалось надовго, тому що пошук шляхів для його вирішення був дуже складним.

Було вирішено об'єднати зусилля й продовжувати розробки в цьому напрямку. Надзвичайно важко було переконати нейрохірургів в необхідності проведення стабілізації хребта. Цю проблему взяв на себе проф. Поліщук М. Є. і успішно вирішив. На сьогодні всі нейрохірурги, хто займається спінальною травмою, діють згідно стандартів, що впроваджені в Україні. Підготовка кадрів проходить в НДІ ім. Сітенка та в лікарні швидкої медичної допомоги м. Києва.

В результаті на цей час ми маємо сучасні вітчизняні стабілізуючі системи, які відповідають світовим зразкам, по ціновим категоріям доступні для населення нашої країни. У цьому велика заслуга Миколи Єфремовича, як хірурга і організатора, бо хто може краще знати, що необхідно і яким шляхом можливе вирішення питань, які стоять перед лікарями нейрохірургами і ортопедами кожного дня — як допомогти людям з захворюваннями та ушкодженнями хребта. Видатною заслугою М. Є. Поліщука можна вважати вихід в світ спільної монографії нейрохірургів і ортопедів-травматологів «Повреждения позвоночника и спинного мозга», що стало можливим тільки завдяки енергії і цілеспрямованості Миколи Єфремовича, доктора медичних наук, професора, члена-кореспондента АМН України за спеціальністю «травматологія та ортопедія». Саме так, і це не помилка. Саме в цій галузі він досягнув багатьох вершин.

Відомо, що хороші хірурги завжди знайдуть спільну мову. Зустріч з Миколою Єфремовичем Поліщуком саме це і підтвердила. Велика повага до людини — хірурга, життя якого, для тих хто розуміє, ох яке нелегке.

Воно складається із повсякденної роботи в операційній і бібліотеці, поїздок по санавіації, сумнівів, переживань.

Нам доводилось стояти за одним столом в операційній, бачити Миколу Єфремовича у якості хірурга і асистента, допомагати одне одному. Ці враження дають пояснення до того, з якою повагою, шаную і любов'ю відносяться до нього колеги-нейрохірурги (це особливо помітно з боку іншої спеціальності). Таке відношення можна заслужити не тільки за рахунок викладацької та організаторської роботи, але потрібно мати великий талант хірурга-майстра, якого колеги у скрутних ситуаціях запрошують на допомогу, довіряють йому, знають, що він відчуває тіж сумніви, переживання, що й вони.

Коли ми піднімаємо келих за видатного хірурга-новатора М. Є. Поліщука, то серця наповнюються теплом і б'ються в співдружності, з'являється бажання зробити якомога більше для цієї людини, бути з ним разом при виконанні його задумів.

Ми вважаємо, що велика організаторська робота М. Є. Поліщука відіграла величезну роль у відродженні медицини нашої країни. На своєму етапі благодійні фонди знайшли своє місце у підготовці переходу до страхової медицини.

Цікаві спостереження за тим, як людина перетворюється у державного діяча високого рівня. Микола Єфремович, як людина чуйна і сердечна, емоційна, не міг не відреагувати на події в державі. Він зайняв свою позицію, відстоював її, його можна було побачити серед демонстрантів на вулицях столиці.

Ми нерідко зустрічались в цей період його життя і в думках виникало: «А як би ми себе вели в принципових рішеннях, чи змогли б відстояти свою точку зору і не злякались би відповідальності?»

М. Є. Поліщука обрано головою Комітету Верховної Ради України по охороні здоров'я на наш погляд, цілком закономірно і важливо. У найвищій законодавчій інстанції нас представляє людина, яка розуміє всі явища, що відбуваються в нашій медицині, знає всі зовнішні й тіньові сторони, потреби працівників від медсестер і санітарок до професорів і академіків.

Відокремлюючись від професійної і державної діяльності можна сказати про Миколу Єфремовича як прекрасну людину з великою ерудицією, знаннями з багатьох галузей і не тільки медицини, людини, з якою цікаво можна провести вільний час. Хоча часу все менше і плин його надзвичайно швидкий.

Миколо Єфремовичу! Дай Вам Боже здоров'я й сил досягти багатьох значних успіхів на благо медичної науки і охорони здоров'я України. Ми віримо в Вас, а з нами наші друзі, товариші і колеги.

В. І. СМОЛАНКА

*Зав. кафедрою нейрохірургії та неврології
Ужгородського державного університету, д. м. н.*

Микола Поліщук – людина, вчитель, фахівець

*Природа наказує нам
приносити користь людям.
Сенека*

Миколі Єфремовичу – шістдесят. Правда чи ні? Здається, правда – стільки зроблено! Тисячі операцій, врятованих життів. Мабуть, немає в Україні міста, де б не побував Поліщук, оперуючи важкий випадок. Тисячі лекцій, семінарських занять із інтернами, а також з досвідченими лікарями-нейрохірургами. Десятки підготовлених законопроектів у ім'я поліпшення системи охорони здоров'я. Ні, йому не шістдесят – бо скільки енергії ще нереалізовано, скільки значних планів, які неодмінно буде втілено в життя, бо сил вистачить ще, мабуть, на століття активної діяльності.

Під час роздумів про людину, як правило, спливають у пам'яті певні яскраві епізоди з власного життя, пов'язані з конкретними обставинами. Запамяталася перша зустріч у жовтні 1983 року. Микола Єфремович вийшов з відпустки, нещодавно втратив близьку людину. Після обходу в клініці позамозкових пухлин Київського науково-дослідного інституту нейрохірургії поговорили – зрілий 39-річний старший науковий співробітник (як я уже встиг почути, сильний хірург) та 22-річний випускник університету, клінічний ординатор. Розмова була короткою. «Чув, що ти з Ужгорода? Я теж там закінчував університет. Намагайся побільше асистувати. В інституті пройдеш хорошу школу. Читай спеціальну літературу. Буду питати». Стисло і чітко. Відчувалася прихована лавина енергії, цілісність натури, незвичайна сила характеру, яка поєднувалася з м'якістю та доброзичливістю у спілкуванні. Подумалось – треба бути таким же енергійним. Може, і сам чогось доб'юся в житті.

Потім були асистенції на операціях. Побачив неабияку майстерність, відчувалася впевненість у кожному рухові рук хірурга Поліщука. Тут же на операції й питає: «Прочитав монографію (наприклад, автора А.)?» – «Читаю». – «Давно мав прочитати. Через тиждень обговоримо». Не так часто тоді перетиналися наші шляхи, тим більше, що Микола Єфремович активно почав працювати над докторською. Але все ж нерідко знаходив час поставити три-чотири «контрольні» запитання за матеріалом рекомендованої ним же для читання книги.

Згадується інший важливий момент з мого життя. Літо 1986 року. Працюю протягом року у відділенні нейрохірургії в м. Берегові Закарпатської області, збираюся до вступних іспитів у аспірантуру при Київському НДІ нейрохірургії, перебуваю у відпустці. У відділення поступає хворий з важкою хреботно-спінальною травмою. Необхідно оперувати, оскільки на рентгенограмах передній вивих шостого хребця. На той час таке втручання в Україні може виконати одна людина — Микола Поліщук. Він у цей момент відпочиває в санаторії на території Закарпаття. Про це знає нейрохірург відділення Богдан Юрашук, який «витягує» Миколу Єфремовича (що значить «витягує»? Він їде на перший поклик!) у Берегово. Хтось із колег дзвонить мені. Микола Єфремович готується до операції. — «Чую, збираєшся вступати в аспірантуру? Йди до мене, ти знаєш, я зараз керую ургентною клінікою від Інституту нейрохірургії в Київській лікарні швидкої медичної допомоги». Мабуть, прочитав сумніви на моєму обличчі. — «За час аспірантури навчу тебе робити все, що вмію сам». Коротко, чітко, по-хірургічному. Сумніви зникли вмить. Знаходився під враженням цих слів декілька днів. «Невже навчить мене всьому, чим володіє сам? Не може бути! Навчитися такого обсягу? Це просто неможливо для мене! Але ж хоче вчити! Така людина!» І він учив. Метод навчання Миколи Єфремовича зараз добре відомий. Він був ним випробуваний спочатку на собі в роки аспірантури: великий обсяг поставлених завдань, висока вимогливість. Це й дозволило йому свого часу достроково закінчити аспірантуру, швидко захистити дисертацію, написати за її результатами у співавторстві з своїми вчителями Андрієм Петровичем Ромодановим та Георгієм Опанасовичем Педаченком монографію.

Моє навчання в аспірантурі почалося вже у доктора медичних наук Поліщука. Він захистився у вересні 1986 року. Я почав працювати у нього в клініці невідкланої нейрохірургії, яка базувалася у нейрохірургічному відділенні Київської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги. Робота у відділенні просто «кипіла», втілювалися у практику медицини нові діагностичні методики, хірургічні втручання. Відчувався загальний ентузіазм. Тут я пізнав Миколу Єфремовича ближче, намагався бути частіше поруч. Це, з одного боку, було важко — він весь час у русі. З іншого — легко: він притягував до себе, ніби магніт, навколо нього завжди багато колег. Це тому, що він багато показує, при цьому ділиться враженнями, питає і рахується з думкою колег. Видно, що його поважають і люблять як у клініці, так і в інституті.

У цей період мені вдалося пізнати та оцінити багатогранність натури Миколи Єфремовича.

Чудовий хірург. Виконує найскладніші операції. Рухи точні, цілеспрямовані, за рахунок цього досягається швидкість. Нерідко на операцію готувалося допомагати по дві операційні медсестри — тільки таким чином могли встигнути за темпом.

Вдумливий вчений. Зразу вміє «вихопити» суть, піддати аналізу, зробити висновки, накреслити напрямки подальшої роботи.

Чудова людина. Він центр, до якого тягнуться люди. Зразу ж впадає в очі його ставлення до вчителів: Андрія Петровича Ромоданова, Георгія Панасовича Педаченка, Юрія Панасовича Зозулі, Дмитра Олександровича Снігурського, Михайла Олександровича Бізілі. Він багато розказує про них, вчить на які грані їхнього таланту слід звернути особливу увагу.

Чудовий вчитель. Підбадьорює, коли не все вдається добре. Пам'ятаю, що практично при всіх операціях на головному мозку робив перший етап до приходу професора, тобто виконував кістково-пластичну трепанацію. Відчував, що йому подобається, чекав похвали. Вона була. Але скупа. Такий метод виховання. Настав момент, коли відчув, що можу видалити пухлину самостійно. «Миколо Єфремовичу, чи можна під вашим контролем видалити пухлину самому?» — «Так, вважаю, що ти готовий. Коли виконаєш підхід, покличеш». Кликав. Він прийшов тільки через 20 хвилин. Я змушений був почати видалення самостійно. Потім я зрозумів, що це було заплановано. Учитель не хотів тиснути своєю присутністю. Потім постояв за спиною хвилин двадцять. — «Нормально робиш. Продовжуй. Я поряд». Дійсно сидів неподалік, але не стояв «над душею». Дозволяв відчути впевненість. Вона була подвійною: робиш сам, але й шеф поряд.

Згадую, яким він бував жорстким. На п'ятихвилинці зранку: «Володю, щоб завтра був готовий дисертаційний розділ «Матеріали та методи дослідження». «Миколо Єфремовичу, та я ж з чергування, та й працюю разом з Вами в операційній сьогодні на двох операціях. Не встигну». — «Встигнеш». На наступний день: — «Розділ був готовий?» — «Ні». Жорстка словесна реакція від Учителя. Через три дні, в понеділок розділ готовий. — «Ти мій учень, мусиш завершити аспірантуру достроково». Так і сталося. Іншого варіанту Микола Єфремович просто не припускав.

Чудовий організатор. Коли він став керівником нейрохірургічної бази в лікарні швидкої допомоги, там функціонувало одне відділення. Через три роки головний нейрохірург Києва Микола Поліщук готує перепрофілізацію неврологічного відділення лікарні у відділення хірургії патології судин головного мозку. Там проліковано різними найновішими методами тисячі хворих. Ще через рік терапевтичне відділення лікарні перетворюється у відділення спінальної хірургії. В результаті цих реформ в лікарні надається допомога всім категоріям нейрохірургічних хворих. Створюється школа, виростають учні. Саме тоді я зрозумів, що Микола Єфремович ставить перед собою мету й обов'язково успішно її досягає. Завжди. І, що найголовніше, чесно і відкрито.

Авторитет. Голова секцій на багатьох з'їздах, конференціях. Вміє «закрутити» дискусію. Бачив, як радяться з ним найвизначніші фахівці і не тільки з професійних, суто нейрохірургічних проблем. Пам'ятаю, як

телефонував перед тим, як прийняти рішення прооперуватись, один з найвідоміших судинних хірургів колишнього СРСР з однієї прибалтійської республіки. Микола Єфремович давав поради, зв'язувався з клінікою, де мали оперувати.

Протягом наступних років спільної роботи з професором я розкривав для себе все нові грані його особистості, пізнавав глибше і не переставав дивуватися. І вчився. Порядності, енергійності, майстерності, вмінню виважено і точно прийняти рішення, передбачити розвиток подій.

Уже на початку дев'яностих Микола Єфремович, справжній патріот, надихнутий незалежністю України, виношував плани реформування охорони здоров'я. Вони тоді здавалися занадто прогресивними для нас, нереальними, враховуючи стан суспільства і темпи реформ у громадському житті. Тепер, коли переконливі аргументи Миколи Єфремовича звучать у стінах Верховної Ради, є впевненість у близьких корінних реформах нашої галузі. Тому що він завжди досягає мети.

Є. І. СЛИНЬКО

*Зав. клінікою патології хребта та спинного мозку
Інституту нейрохірургії ім. А. П. Ромоданова д. м. н.*

Микола Єфремович Поліщук — науковець, нейрохірург

*Как тяжело ходитъ среди людей
И притворятся непогибшим,
И об игре трагической страстей
Повествовать еще не жившим.*

*И, взглядываясь в свой ночной кошмар,
Строй находитъ в нестройном вихре чувства,
Чтоб по бледным заревам искусства
Узнали жизни гибельный пожар!*
Александр Блок

Слова Олександра Блока якнайкраще описують життєве кредо Миколи Єфремовича Поліщука. Відкритий, готовий до участі і допомоги, рішучий і напористий в оперативній техніці, палкий до нових наукових пошуків, активний в житті.

Професор М. Є. Поліщук став науковим керівником першого спінального відділення у 1996 році. З самого початку позитивно поставився до впровадження нових оперативних технологій в спінальну нейрохірургію. В цей час ми впроваджували тяжкі, трудомісткі та високотехнологічні оперативні втручання з фіксації хребта, доступів до краніовертебральної ділянки, передні доступи до шийного відділу хребта, трансторакальні, трансабдомінальні втручання, видалення інтрамедулярних пухлин. Микола Єфремович підтримав наш пошук та привніс нові творчі думки, оперативну техніку. Обізнаний в хірургічних технологіях Новокузнецької школи та східних російських вертебологічних шкіл, професор М. Є. Поліщук впровадив в роботу їх хірургічну техніку, став піонером нових хірургічних технологій. Цікаве спостереження: хвора П., 18 років з великою медулоцервікальною пухлиною, як потім встановлено, епендімою. Хвора побувала в багатьох містах, зокрема, у Санкт-Петербурзі та Москві, проте її не бралися оперувати. Велетенська внутрішньомозкова пухлина довгастого мозку та верхньошийного відділу хребта за даними МРТ вражала. При цьому хвора була ще здатна самотійно пересуватися, проте, вже почали прогресувати порушення ковтання, голосу. Зважаючи на прогресування порушень життєво важливих

функцій, ми з Миколою Єфремовичом ризикнули її оперувати у 1996 році. Застосували мікроскоп. Єдиним моніторингом був пульсоксиметр. Це було перше спостереження, коли ми звернули увагу, що навіть при використанні мікрокоагуляції з мінімальною енергією в ділянці нижніх відділів довгастого мозку виникає значна брадикардія. Ми її у подальшому не використовували. Видалили пухлину субтотально, без застосування коагуляції. Пухлина виявилася епендімою. Хвора протягом трьох ліб перебувала в реанімаційному відділенні на штучній вентиляції легень, показники гемодинаміки були вкрай нестабільні. Потім близько двох місяців у відділенні проводилося відновне лікування. У подальшому хвора періодично з'являлась на контрольні огляди, за даними магнітно-резонансної томографії мінімальні залишки пухлини в нижніх відділах довгастого мозку не давали продовження росту. За цей час хвора поступила у ВУЗ, вийшла заміж, неврологічні симптоми майже зникли. Надихнуті цими результатами, ми почали все ширше оперувати хворих з приводу гліальних пухлин спинного мозку, суттєво вдосконалили техніку, покращили результати. Багато подібних випадків, коли Микола Єфремович став піонером нових радикальних оперативних втручань. Як нейрохірург М. Є. Поліщук завжди оперує технічно, швидко, активно, можливо навіть сказати, агресивно. Великі пухлини, тяжка для оперування локалізація його не зупиняють. Головне — наявність медичних показів. Якщо вони є, хірург мусить зробити все можливе, навіть виснажитись, проте, видалити патологічне утворення.

Микола Єфремович завжди стимулює учнів до наукового пошуку. Неодноразово вдавалося спостерігати, як він запитує своїх дисертантів чи аспірантів «... ну що, написав? Як це ні? А що ти робив, коли напишеш?». Часто звучить його улюблена фраза «У вас такий великий матеріал, чому не напишете статтю по цьому». Як активна особистість професор М. Є. Поліщук створює робочу обстановку навколо себе: «... Нічого розмовляти, потрібно працювати».

Професора М. Є. Поліщука відрізняє чуйне ставлення до хворих, доброзичливість до колег, вимогливість до інтернів та учнів, творча життєва позиція, професіоналізм.

С. І. СИНІЦЬКИЙ

*Головний нейрохірург ГУОЗ та МЗ м. Києва
Зав. відділенням ЦКЛ, к. м. н., ст. н. с.*

Він не байдужий до людського горя та проблем охорони здоров'я

Микола Єфремович Поліщук — ім'я знане в медичних колах України, ближнього та далекого зарубіжжя. Мое знайомство з цією незвичайною людиною відбулося у 1992 році. Тоді Микола Єфремович серйозно займався проблемою ішемічного інсульту.

Одного разу, консультуючи хворих в клініці нейрохірургії Київської лікарні швидкої медичної допомоги та після проведеної асистенції професору на операції, я почув: «Молодий чоловіче, чи не згоднісь би Ви попрацювати в нашому колективі? Подумайте». Відмовитися від такої пропозиції було б нерозумно. І ось під керівництвом професора я штурмую вершини нейрохірургічної науки в одній з найбільших і передових клінік України. Економічні, політичні, соціальні труднощі того дня навіть не помічалися, так умів поставити роботу Микола Єфремович.

У Миколи Єфремовича на першому плані — допомога хворій людині, проте він ніколи не забуває, що кожен його працівник має особисте життя з своїми проблемами та труднощами. Здавалось, не існує такої проблеми, якої б не вирішував «шеф». Про все він знає вже зранку, а до вечора питання вирішується.

Про професійні якості професора М. Є. Поліщука слід сказати окремо. Зранку — обговорення всіх хворих з визначенням тактики лікування, особиста участь у 2—3 операціях, консультації, бесіди з родичами хворих, робота з дисертантами, рецензії статей, засідання кафедри, читання лекцій, — ось приблизний розпорядок роботи цієї людини на один день.

Діяльність Миколи Єфремовича як вченого багатогранна. Дослідницькі інтереси охоплюють різні розділи нейрохірургії. Микола Єфремович багато уваги приділяє питанням нейротравматології, судинної патології ЦНС. В останні роки, з огляду на нові технічні можливості, М. Є. Поліщук підготував фахівців, які займаються проблемами аневризми судин головного мозку, лікування больового синдрому, вертеброгенної патології.

Як хірург Микола Єфремович досконало володіє технікою операцій на головному мозку. Досконале знання анатомії ЦНС дало змогу М. Є. Поліщуку розробити нові оперативні доступи, які запроваджені в

практику нейрохірургами, вертебрологами, ЛОР-спеціалістами, офтальмологами.

Микола Єфремович успішно поєднує в собі талант вченого і педагога. Сьогодні багато його учнів очолюють нейрохірургічні клініки, працюють за кордоном. М. Є. Поліщук зі своєю запальною енергією, широтою поглядів, швидкою реакцією на те, що його оточує, продовжує активно оперувати.

Вимогливий до інших і, насамперед, до себе, доброзичливий до оточуючих, людина високих моральних принципів, блискучий нейрохірург, що продовжує виховувати висококваліфікованих спеціалістів, веде велику і багатогранну суспільну роботу.

Сьогодні Микола Єфремович — депутат Верховної Ради України IV скликання, він голова профільного комітету з охорони здоров'я, материнства та дитинства. І не з газетних повідомлень та телевізійних передач він знає про найболючіші проблеми медичної галузі. Політика уміло поєднується з практичною медициною. Професор не полишає активно оперувати та займатись науковою роботою. Щовечора обов'язкове спілкування з учнями по телефону, планування справ на перспективу, слухні зауваження. Не все гладко складається в реформуванні медичної галузі. Проте, коли за справу береться небайдужа людина, якою є Микола Єфремович Поліщук, все буде вирішуватись на краще.

СЕРГЕЙ АНДРЕЕВИЧ УСАТОВ

*Зав. кафедрой нейрохирургии
Луганский медицинский институт, профессор, д. м. н.*

Отзыв первого ученика по научной работе

При изучении наук, примеры важнее правил.

Исаак Ньютон

С Николаем Ефремовичем Полищуком я впервые встретился в 1980 году, приехав на курсы специализации по нейрохирургии. Курсы были длительные, до 6 месяцев. За это время многие успевали развестись и вновь жениться, найти себе близких друзей... Некоторые поставили себе цель определиться на жизненном пути, найти себе настоящего Учителя.

Перед тем, как ехать в Киев, я выяснял, кто из преподавателей курсов усовершенствования врачей наиболее реально может помочь в выборе научной темы или в становлении врача как практика. Все мне указывали на Николая Ефремовича Полищука.

Это был довольно тернистый путь. Вначале меня заставили, учитывая, что общие знания по нейрохирургии у меня уже были, работать над научным материалом кафедры. Это было полезно в интеллектуальном плане, однако не решало мои вопросы.

Однажды вечером, где-то через 2 месяца после начала курсов, пришел Николай Ефремович в общежитие проверить, как живут курсанты, чем занимаются. Он был завучем кафедры, и это входило в его обязанности. Я сидел, обложенный книгами по специальности, за окном шел густой снег... Было философское настроение. Николай Ефремович посмотрел на объем проработанной литературы, сочувственно улыбнулся и сказал, что мне самому необходимо уже что-то писать, а не только копаться в архивах. Тут же предложил мне направление диссертационной работы. Впоследствии, проанализировав ее, я понял, что она реальна даже в моих условиях периферии.

Спасибо Судьбе за встречу с этим человеком. При относительно тяжелом моем материальном положении я интенсивно работал над диссертацией, ощущая дружескую поддержку Николая Ефремовича по всем организационным вопросам, заряжаясь его энергией и понимая, что он все просчитал, кто я и что могу.

Так получилось, что я оказался, и горжусь этим, первым официальным диссертантом Н. Е. Полищука. До меня было достаточно много

иностранцев и наших врачей, которым он помогал в написании диссертации, но руководили, как правило, другие, таков был порядок тогда.

К Николаю Ефремовичу всегда тянулась молодежь, его лекторские и человеческие качества отзывались в душах курсантов преданностью и убеждением в том, что он является настоящим Учителем и пожалуй, все нейрохирурги, которым сейчас уже 50, считают его своим Учителем и думают о нем как об основателе нейрохирургической школы. Во всяком случае, до сих пор все нейрохирурги используют его исследования по черепно-мозговой травме, травме позвоночника и спинного мозга, ургентной нейрохирургической патологии, сосудистой хирургии и пр.

Хочется рассказать о его огромной трудоспособности. Я всегда считал себя трудоголиком, однако, сопоставляя наши возможности, ощущал себя медлительным, ленивым и мало жизнеспособным. Приведу пример из своей молодости. Когда я защищал кандидатскую диссертацию, единственный человек, который ее тщательно вычитал, был Н. Е. Полищук. Перед окончательной защитой, а это было в 1986 году, я летел в Киев, чтобы согласовать последний вариант диссертации. В Луганске стояла жара. Когда приземлился самолет, в Жулянах шел снег, тут же превращаясь в смесь воды и льда. Я был в югославских туфлях, одет очень легко. Приехав к Николаю Ефремовичу домой, почувствовал озноб, термометр показал 38,5. А надо было работать.

Николай Ефремович завел меня на кухню, по-крестьянски нарезал сала, налушил чеснока, налил по 100 грамм перцовой водки. Мы залпом выпили, он дал еще таблетку аспирина и сказал: «А теперь ... пошли работать!»...

Серело утро. Я продолжал автоматически печатать, а Николай Ефремович делал логические замечания и успевал менять мои «донбасско-одесские» обороты.

Такой ритм работы характерен для профессора Николая Ефремовича Полищука. Необходимо сделать многое. За письменным столом он рано утром и поздно вечером, а с восьми утра — уже в клинике или операционной, на кафедре, а в последние годы — в Верховной Раде.

При этом хочется подчеркнуть, что Николай Ефремович всегда думает о людях, он всегда был и есть абсолютно бескорыстным человеком. Он всегда мне приводил постулат: «Думай о том, как о тебе подумают люди, поступай так, как хотел бы, чтобы с тобой поступили».

О фантастической трудоспособности говорят его книги, научные работы, число учеников и научных направлений, которые он создал.

Но особенно хочется сказать о его хирургической одаренности.

Я всегда думал, что оперирую чаще других, подозревая, что и лучше, и беру на себя крайне тяжелую патологию. Но, приезжая к Николаю Ефремовичу, я удивлялся темпам его работы, ведь он оперировал практически на 3 базах. Ни секунды свободного времени, а отдых — только

во время переездов из одной больницы в другую. На моих глазах он оперирует патологию экстракраниальных сосудов, затем на другом столе — менингиому, переезжает в Октябрьскую больницу и там удаляет грыжу межпозвоночного диска. А еще ему предстоит сделать общий обход в спинальном отделении Института нейрохирургии. В тот же день вечером прихожу к нему домой, ужинаем, беседуем, а в 21:00 Николай Ефремович уже за компьютером а рядом сидит дисертант.

Откуда у человека такое феноменальное трудолюбие? Видимо, оно в его жизненных корнях, в той тяжелой селянской работе в период детства и юности. Ведь перед тем, как пойти в школу и получить свои очередные пятерки, Микола должен был накормить скотину, выполнить домашнюю работу, которая была тяжела даже для взрослого мужика. На его выносливость повлияла, по-видимому, и жизнь «на три копейки» во время учебы в институте. Это и сделало из него «атланта» в хорошем смысле этого слова.

Николай Ефремович всегда был близок к народу, никогда от него не отрывался. В последнее время одним из его увлечений стала охота. Он ездит на охоту из-за большой любви к природе. Любит поговорить с егерями, пообщаться с сельскими жителями, увидеть и полюбоваться зверем. Я всегда прошу егерей: «Поставьте Николая Ефремовича на звериную тропу», — поскольку сам за свою жизнь настрелялся. Помню, бежал на него огромный заяц-беляк, что для нашего региона не свойственно. Спрашиваю Николая Ефремовича: «Почему не стреляли?» — Он с юмором ответил: «Чекав більшого звіря». Пришлось пойти и убить кабана, которого Николай Ефремович с удовольствием разделявал. Затем ели горячий украинский борщ, пили водку, говорили о жизни, об охоте, травили байки и анекдоты.

Последнее, серьезное направление работы Николая Ефремовича — это политика. По-видимому, он вырос за рамки понятия научного работника, академика, врача. В наше трудное время необходимо лечить больное общество, души людей, чтобы Украина имела хоть какую-то перспективу на будущее.

Николай Ефремович Полищук является моим духовным отцом, поскольку он сформировал меня не только как нейрохирурга, но и как человека, привил определенные моральные качества, научил терпимо относиться к окружающим, понимать людей. Большое ему за это человеческое спасибо!

Т. І. МАКЄЄВА

Доцент кафедри нейрохірургії КМАПО к. м. н.

Майстерність викладача та вчителя

Рік 1981-й. З міста Херсона, де працювала ординатором нейрохірургічного відділення, я приїхала на цикл спеціалізації. Був січень, було дуже холодно, проте на кафедрі мене огорнуло тепло людей, які нас зустріли. Серед них був Микола Єфремович Полішук. Виявилось, що він наш куратор, людина, яка відповідає не тільки за нашу професійну підготовку, а й за морально-етичні аспекти нашого формування, як спеціалістів. З самого початку ми відчували тепло душі Миколи Єфремовича, а його високий професіоналізм і майстерність викладача, бажання передати курсантам свої знання, манера викладання буквально вразили нас. Розділ топічної діагностики, сухий і лаконічний, раптом відкрився перед нами зовсім по-іншому, як цікавий шлях до розуміння діяльності нервової системи. Хаотичне нагромадження знань перетворилося на струнку систему понять і закономірностей. Це давалося нелегко, але практичні заняття, які проводив Микола Єфремович, навчили нас логічно мислити. Були семінари, творчі дискусії, клінічні огляди хворих, помилки і виправлення під час вирішення ситуаційних задач, чергування в клініці. Завжди поруч з нами був наш куратор. Коли через пів-року я поверталась в Херсон, мене вже не лякала робота з тяжкохворими, тому що був певний теоретичний багаж і навіть деякий практичний досвід.

Але на цьому не закінчилось наше спілкування з Миколою Єфремовичем. Навчаючись в заочній аспірантурі, до кого ще можна було звернутись по допомогу, пораду, з запитаннями, які постійно виникали? Питання ці вирішувались в міру їх виникнення — послідовно, з теоретичним обґрунтуванням, зважаючи на результати проведених досліджень. Я вдячна Миколі Єфремовичу за те, що він був моїм рецензентом на захисті, його зауваження відшліфували мою роботу і вона заграла новими барвами.

Великою мірою тому, що я стала викладачем на кафедрі, сприяло знайомство з Миколою Єфремовичем. Мене захопила його любов до нейрохірургії, його щире бажання навчити молодих нейрохірургів так само любити свою спеціальність. Потім Микола Єфремович протягом кількох років займався практичною роботою, захистив докторську дисертацію і знов повернувся на кафедру, вже її завідувачем. З того часу ми працюємо разом, і вважаю, так буде до останнього нашого робочого дня. Микола Єфремович зумів так об'єднати наш невеличкий колектив, що

ми стали дружньою сім'єю. Роботи на кафедрі багато — це не тільки педагогічна діяльність, а й наукова, методична, лікувальна робота. Навчальні плани, програми, методичні розробки, численні звіти та ін. — займають багато часу. Проте, наш керівник завжди в центрі всіх проблем кафедри, завжди допоможе, підтримає, візьме участь у розв'язанні будь-якої проблеми. А його лекції — це перлини викладацької майстерності. З великою радістю ми зустріли звістку про те, що Микола Єфремович став депутатом Верховної Ради. Саме такі люди, як він, повинні керувати нашою державою і вирішувати її долю.

І знову не перестаєш дивуватися працездатності нашого професора — хірург від Бога, викладач, політик і в той же час чудова людина, яка одразу прийде на допомогу.

За останній рік наша кафедра причепурилася, зроблений чудовий ремонт, з'явилося нове обладнання. Це також заслуга нашого професора.

22 роки я знаю Миколу Єфремовича, за цей час він пройшов шлях від асистента до завідувача кафедри, професора, члена-кореспондента АМН України, депутата Верховної Ради. Щиро вітаю дорогу мені Людину з ювілеєм і бажаю багато років плідної, творчої праці.

ДРУЗИ, КОЛЕГИ З НЕЙРОХІРУРГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ ЛІКАРНІ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Вам долею призначено людей рятувати

*Медицина насправді є самим шляхетним з мистецтв.
Гіпократ*

Вельмишановний Миколо Єфремовичу!

Вам долею призначено рятувати людей, стояти на варті їх здоров'я. Що є відповідальнішим за цю високу місію? Ваші золоті руки повернули життя багатьом хворим, подарували їм радість спілкування з цим неповторним і таким прекрасним світом. Як Микола-Чудотворець Ви маєте особливе чуття, особливий дар зцілення. Як рятувальник, завжди поспішаєте на допомогу людям і визволяєте їх з біди.

У Вас безліч клопотів як у завідувача кафедри Київської медичної академії післядипломної освіти, директора клініки невідкладної нейрохірургії Київської лікарні швидкої медичної допомоги та в Інституті нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова АМН України.

А ще — депутатські обов'язки. А ще ж — сім'я. І скрізь Ви встигаєте, до всього докладаючи душу і серце.

Як досвідчений педагог і вчений щедро передаєте знання і досвід студентам і молодим фахівцям в інтернатурі. У Вас навчаються і досвідчені лікарі. І для всіх Ви — справжній взірць лікаря, вченого, людини. Ви маєте свою наукову школу, своїх учнів і послідовників. А це — свідчення Вашого високого професіоналізму й авторитету.

Щиро, сердечно вітаємо Вас, ушанованого професора-нейрохірурга, доктора медичних наук, Заслуженого діяча науки і техніки, людину великого і щедрого серця з ювілеєм — 60-річчям від дня народження! Нехай же Ваша рука ще багато літ упевнено тримає скальпель, і перед ним відступає найважча недуга. Хай Ваше ім'я буде символом перемоги, світла й радості.

Зичимо Вам козацького здоров'я, благополуччя, всіляких гараздів. Миру й добра Вашій славній родині!

ИНОСТРАННЫЕ ОРДИНАТОРЫ И АСПИРАНТЫ

Набиль Юссеф Бадран,
к. м. н., ЛИВАН.

*Поступай с человеком так,
как он сам поступает с другими
Древний мир. Египет.*

Впервые имя профессора Николая Ефремовича Полищука я услышал еще во время учебы в Краснодаре, даже не подозревая о том, что буду нейрохирургом. О нём рассказывал мне его ученик — заведующий кафедрой нейрохирургии Кубанской медицинской академии профессор Г. Г. Музлаев.

Рассказы о Николае Ефремовиче как об очень требовательном учителе заставили меня пройти первичную подготовку перед тем, как стать его ординатором. Зная профессора как человека опытного и строгого, я старался получить максимум знаний, чтобы прийти к нему подготовленным.

У Николая Ефремовича как учителя необычные подходы к ученикам: в его манере преподавания — жесткость и справедливость. При каждой встрече с ним (в операционной, в коридоре, в аудитории) любой его ученик чувствует себя как на экзамене, потому что он всегда задает вопросы и интересуется уровнем наших знаний. Лекции Николая Ефремовича проходят как большие дискуссии. Он уважает мнение молодых — перед операцией каждый высказывает свою точку зрения.

Особенный и интересный для всех нас день — пятница. В этот день проходят научные, хирургические и кафедральные заседания (journal club), где докладываются интересные случаи и ведутся дискуссии на разные темы. Именно на этих заседаниях у каждого из нас появилась уверенность в себе как нейрохирурге, сформировались наши идеи, определились наши тематические задачи и направления в нейрохирургии.

Однажды в аудитории я попал на неожиданный экзамен, где не смог ответить на все вопросы Николая Ефремовича. В тот день я получил выговор и понял, что моих знаний недостаточно, и это заставило меня расширять свои знания и повышать свой профессиональный уровень. Это стало для меня большим стимулом — быть всегда готовым к его вопросам.

И еще я знаю Николая Ефремовича не только как блестящего нейрохирурга и прекрасного учителя, но и как внимательного и доброжелательного человека.

Я вспоминаю день, когда однажды с профессором мы зашли в ординаторскую. Ему принесли чашку кофе, и он попросил еще одну чашку для меня. Этот случай, его внимание ко мне, молодому ординатору, навсегда запали мне в душу.

Благодаря поддержке Николая Ефремовича, на кафедре нейрохирургии КМАПО им. П. Л. Шупика каждый год иностранцы получают дипломы ординатора — нейрохирурга, а также учёную степень кандидата медицинских наук.

Каждый иностранец, прошедший школу профессора Н. Е. Полищука, чувствует себя уверенно в любой клинике Европы и Америки.

Его ученики — профессора, известные хирурги — трудятся во всем мире: в Великобритании, Германии, Франции, Северной и Латинской Америке, Камеруне, Пакистане, Сирии, Израиле, и в каждом районе Ливана (северном, южном и центральном).

От всех иностранцев кафедры нейрохирургии, примите, дорогой и глубокоуважаемый Николай Ефремович, нашу искреннюю благодарность, пожелания здоровья и больших успехов в Вашем нелегком труде.

Жизнь Ваша, дорогой профессор, щедра: очень богатый жизненный опыт, Вам многое доступно, многое понятно, накоплен огромный медицинский потенциал, большие достижения в нейрохирургии, Вы — человек огромной души и сердца, Вы с оптимизмом смотрите вперед. Мы не сомневаемся, что Вы еще неоднократно порадуете нас своими достижениями в медицине. Вы по-прежнему бодры, прекрасны душой, по-настоящему преданы своему любимому делу — спасать жизни человеческие. Годы прибавили Вам мудрости и доброты, Вы все также непрестанно трудитесь, всегда готовы помочь каждому. Главное — Вы научили нас думать, работать и быть полезным людям. Вы отдали нам частицу своего душевного тепла, за что Вам огромное спасибо.

И в этот светлый день мы желаем Вам добра, любви, долголетия, крепкого здоровья, прекрасных мирных дней, огромного счастья и да хранит Вас Бог от всяких невзгод.

ИЯД ИСХАК АЛЬ-КАШКИШ,
*аспирант Института нейрохирургии
им. А. П. Ромоданова*

Глубокоуважаемый Николай Ефремович!

Ваши ученики из Палестины поздравляют Вас со славным юбилеем — 60-летием со дня рождения! Мы желаем Вам и Вашей семье счастья, здоровья, успехов в работе и неиссякаемой энергии на благо здоровья людей!

Неотъемлемые качества Николая Ефремовича — широкая эрудиция, чувство новизны, воля и трудолюбие позволили создать целые направления в нейрохирургии. Будучи прекрасным клиницистом, Н. Е. Полищук тонко чувствует современные тенденции в методологии научного исследования. Это позволяет ему постоянно быть в авангарде ученых, использующих современные исследовательские и диагностические методы.

Разносторонний талант Николая Ефремовича, позволивший добиться ярких достижений в нейрохирургии, признан как в Украине, так и за рубежом.

Под руководством Николая Ефремовича подготовлено не одно поколение нейрохирургов. Его ученики работают в Европе, Африке, на Ближнем и Дальнем Востоке. В самых трудных жизненных и клинических ситуациях мы вспоминаем его мудрые советы. Больше 10 нейрохирургов, которые прошли школу Н. Е. Полищука, работают на Ближнем Востоке. Непростая политическая обстановка, сложные условия работы, огромное количество больных требуют полной самоотдачи, трудолюбия и мастерства, которому мы научились в Украине у профессора Н. Е. Полищука.

Ещё раз поздравляем Вас с юбилеем, желаем удачи и процветания Вам, а также скорейшего преодоления трудностей и дальнейшего развития здравоохранения и науки в Украине.

ВАЛЕНТИНА СТЕПАНІВНА ТРЕТЯК
*завідуюча І неврологічним відділенням
міської клінічної лікарні №4 м. Києва*

Гордість і слава Ужгородського університету

Я навчалась в Ужгородському університеті на медичному факультеті і одночасно працювала в неврологічному відділенні обласної лікарні медичною сестрою разом з Миколою Єфремовичем Поліщуком, який навчався курсом нижче.

Тут, в неврологічному відділенні, починалися перші сходинки до вершин його професійної майстерності. Післявоєнне лихоліття, як і у багатьох з нашого покоління, не заглушили в юнакові з Поділля природного потягу до навчання, до науки.

Нелегким був шлях Колі (таким він залишається для нас і досі) в науку. Немилувала його доля від народження. Всі ми мали палке бажання стати лікарем, схожим на нашого, нині покійного завідуючого неврологічним відділенням обласної лікарні Заслуженого лікаря Дмитра Олександровича Снігурського. Приклад цього прекрасного лікаря, чудової, безкорисної людини кликав нас бути разом з ним щопонеділка на консультативному прийомі до пізнього вечора, а після — йти на виняткові, тяжкі в діагностичному плані консультації у травматологічне та хірургічне відділення. Завдяки Дмитрові Олександровичу миторієнтувались у величезному обсязі нової інформації.

Микола — невтомний працелюб. Він наполегливо вчився, постійно підвищував свій фаховий рівень. Це було у студентському гуртку, науковому товаристві невропатологів, на клінічних розборах, конференціях, симпозіумах. Весь той час Коля підтримував нове і творив довкола себе атмосферу приязні і злагоди. Час підтвердив те, що ми бачили вже в юні роки — це талановита особистість, хороший організатор і керівник.

Адже, коли постійно маєш справу не з радістю людською, а бідною, треба зберегти неабияку витримку. Я перегортаю сторінку за сторінкою наших неповторних студентських літ і приходжу до висновку: круті реалії життя не змогли зламати те, що дано батьками, вчителями, зрештою — долею.

Ми, колишні студенти-однокашники, і досі підтримуємо ділові, товариські стосунки з Миколою Єфремовичем і щоразу переконуємося: порядність, доброзичливість, уважність — характерні риси нашого ювіляра. Певна, що ювілей стане ще одним стартом до нових успіхів у його нелегкій роботі.

Є. І. ЛИСИЦЯ

*лікар невропатолог вищої категорії
Учасник Великої Вітчизняної війни,
ветеран праці*

Давно немає лікарні на Бесарабці. Здається, зовсім недавно на консультацію в неврологічне відділення міської лікарні № 9 був запрошений молодий нейрохірург. Після уважного огляду хворого він виважено і помірковано говорив зі мною, завідуючою неврологічним відділенням, про необхідність переведу пацієнта в Інститут нейрохірургії з метою дообстеження в зв'язку з припущенням про наявність мальформації судин головного мозку.

Цей молодий, делікатний та поміркований лікар був Микола Єфремович Поліщук. Діагноз підтвердився. Так почалося моє знайомство з цим уважним, цілеспрямованим лікарем.

Невблаганно летів час.

І ось він уже кандидат медичних наук, доктор медичних наук, керівник клініки нейрохірургії.

Раптом знову зустріч, зустріч з Миколою Єфремовичем в стінах нейрохірургічного відділення, куди госпіталізували мого чоловіка. Протягом кількох тижнів я спостерігала за роботою цієї чудової людини, обдарованого і талановитого лікаря, особливо чутливого до людського болю, страждань.

Перебуваючи в клініці, я постійно відчувала його синівську турботу. Я бачила, як йому болять всі проблеми, породжувані щоденно життям, без яких життя неможливе.

Я безмірно вдячна Долі за знайомство, за зустріч з цією чудовою людиною післявоєнного покоління. За його людяність, доброту.

Коли я прочитала в пресі, що Микола Єфремович став депутатом Верховної Ради, у мене зажевірала надія, що в нашій охороні здоров'я повинні статися радикальні зміни не на паперах, а на ділі.

З нагоди ювілею шлю Вам, вельмишановний Миколо Єфремовичу, найкращі побажання і як лікар лікарю кажу: «Будьте здорові».

В. С. БРЮХОВЕЦЬ

Дещо із спогадів про Миколу Поліщука

Моє знайомство з Миколою Єфремовичем Поліщуком відбулося на хірургічному столі. В листопаді 1973 року 29-річний лікар-нейрохірург успішно прооперував мене після дорожно-транспортної пригоди, в яку я потрапив.

З того часу ось уже понад 30 років ми підтримуємо дружні стосунки на сімейному рівні.

На підставі багаторічного спілкування з Миколою Єфремовичем хотів би звернути увагу на деякі характерні риси цієї неординарної, дуже шанованої в моїй сім'ї людини.

Дехто вважає появу М. Є. Поліщука у великій політиці випадковістю, до речі, про це неодноразово говорив і сам Микола Єфремович, але тут необхідно зважити на його особисту скромність. Насправді ж прихід у політику М. Є. Поліщука є логічним підтвердженням його громадської позиції.

На початку 70-х років за зв'язки з учасниками акцій в Києві біля пам'ятника Тарасу молодих українських патріотів неодноразово мав справу з працівниками КДБ.

В період формування як особистості, коли від ступеня причетності до радянського патріотизму багато в чому залежала кар'єра лікаря-хірурга, вченого, він ніколи не зраджував своїм переконанням.

Тільки завдяки природному таланту та надзвичайній працездатності, не перебуваючи в лавах комуністів, ще за радянських часів став професором, видатним нейрохірургом.

Тисячі громадян України моляться Богові за врятоване Миколою Поліщуком життя та повернення здоров'я.

Сьогодні сотні його учнів успішно працюють в усіх регіонах України, на теренах країн ближнього та далекого зарубіжжя.

Що це за особистість? Відповідей може бути багато:

- В спілкуванні з людьми дуже проста, доступна та щира людина.
- Висока особиста відповідальність та вимогливість до себе, правило — за будь-яких умов доводити справу до кінця.
- Уміння цінувати та зберігати на довгі роки теплі стосунки з своїми друзями. Завжди був і є зразковим сином, чоловіком, батьком, дідусям, братом.
- Отримує надзвичайне задоволення від фізичної праці на землі.

— Полюбляє активний відпочинок на природі: захоплюється полюванням, рибалкою, збиранням грибів.

— Обдарований дотепним гумором.

Років з 20 тому назад поїхали якось з друзями в Чорнобильські ліси за грибами. Беззаперечним лідером такого полювання був наш товариш Анатолій Шульга, який занадто емоційно розповідав нам про свої неабиякі успіхи в цьому лісі, про свою професійну обізнаність в цій справі, знання грибних місць.

Всі розбрелись в різних напрямках. Підсумки грибної атаки були невтішними: кошики в усіх, в тому числі і у «професіонала», були порожніми. Микола Єфремович набрів у лісі на якогось місцевого дядька і за пляшку горілки виміняв у нього майже повний кошик білих грибів.

Коли надвечір усі грибники зібралися докупити, М. Є. Поліщук розповів, що йому поталанило натрапити на грибне місце, тепер він знає, де їх треба брати.

У «професіонала» відібрало мову, він навіть відмовився від чарки і не доторкнувся до їжі. Бідолаха до цього часу не може прийти до тями: як таке трапилося з ним у лісі.

В день 60-річного ювілею зичимо Миколі Єфремовичу міцного здоров'я, щастя йому та всім членам його родини, великих успіхів в реформуванні охорони здоров'я нашої України.

АНТОН СЕМЕНОВИЧ ЧОРНОБРОВ**Про свого однолітка і однокласника
Миколу Єфремовича Поліщука**

Про людину відому говорити завжди складно, особливо, коли знаєш її не як знаменитість, коли пам'ять береже образ простого сільського хлопця, однолітка.

А сказати хочеться багато і сказати треба щось дуже важливе, підмітити якусь рису характеру. Я не буду співати сьогодні йому дифірамби, хочу тільки сказати про те, що, на мій погляд, дасть можливість зрозуміти причини його небувалого злету.

Ми зростали поруч. Крім того, що ми однолітки, нас зв'язують і родинні стосунки — дід Миколи Мусій і моя бабка Палажка були рідними братом і сестрою.

До школи пішли ми в 1951 році. Разом навчалися з першого по десятий клас, нічого «вундеркіндівського» у Колі не було. Він був такий, як всі ми — діти повоєнних років. Злидні рівняли нас усіх.

На уроки ходили з полотняними торбинками для книжок і зошитів. З року в рік Коля навчався тільки на «відмінно» і «добре». Я часто бував у нього вдома, разом готували уроки, разом читали цікаві книжки. До речі сказати, це було нормою брати для читання книжки в шкільній і сільській бібліотеці. Читали багато, особливо про війну. Одного разу знайшли німецький армійський пояс з алюмінієвою пряжкою, а на пряжці напис «God mit uns». Ми були дуже здивовані, як же так, німці нападники, загарбники і з ними Бог?

З раннього дитинства Коля постійно допомагав дорослим членам сім'ї виконувати нелегку домашню роботу. Він вважав це своїм обов'язком. Скільки прийшлося перенести на своїх плечах трави, сіна, стерні й іншого збіжжя. Крім того, ще була дуже тяжка робота — збирання колосків. А ще треба було пасти корову.

Його характер став «прорізуватись» вже з п'ятого класу.

На шкільному подвір'ї під час перерви часто проходили змагання з боротьби. Боролися і по двоє, і великою купою. Одного разу Коля поборов сильного семикласника. Після уроків (а навчалися в другу зміну) старшокласники вирішили провчити нас, менших (ми ж підтримували Колю), навіть не стільки нас, як його. Справи звичайні і хлопці старші, сильніші. Дісталось найбільше Колі, його турнули в калюжу, здавалося, перемога їхня. Проте, ніхто з них не знав його характеру, його можна було побити, збити з ніг, але не перемогти.

Коля, руки всі в багнюці, сердитий і ображений, кинувся на кривдників, вимагаючи боротися з кожним з них один на один. Такого не чекав ніхто, і старшокласники відступили. Після цього випадку авторитет Колі зріс надзвичайно. Коли в 1958 році ми пішли в Сальницьку середню школу (восьмий клас), навіть окремі вчителі зустріли нас насторожено, ми відчутно відставали в точних науках. Дуже ми ображалися на неприємні зауваження, а Коля сідав ввечері за підручники і добросовісно вивчав прогаяне.

В той час ми жили в шкільному гуртожитку, як правило, поселялися на осінь і зиму. Уявляєте, 10 хлопчаків з різних сіл (Лип'ятинських найбільше) вчилися в другу зміну, після уроків влаштовували різні ігри, а Коля забирався в якийсь куточок і вчив уроки допізна, настирливо навіть коли всі спали.

Працездатність надзвичайна, впертість і наполегливість селянська (не селюцька), віра в себе і свої сили — це якості, які відрізняли його з поміж усіх.

Сьогодні вже можна говорити про щасливий випадок і про дар Божий. Так, все це було, але звичайний сільський хлопець, завдяки своїй працездатності, наполегливості, віри в себе, при щирій допомозі добрих людей створив себе сам, яким всі знають його зараз.

Я завжди щиро заздрих йому, ми мали рівні можливості, але скористатися ними сповна зміг тільки він.

Здобутки і успіхи не поставили його вище людей, вище друзів, він завжди добрий і привітний, готовий допомогти чи зарадити біді, якої, на жаль, ще досить в цьому світі.

Хай тобі щастить, друже.

P.S. Написав і думаю, чи все написав, чи так написав, але радує думка: в Миколи море друзів і шанувальників, впевнений, вони скажуть своє щире слово про нього. Я свідомо не згадав про ті труднощі, які прийшлося перенести Миколі, коли він у випускному класі зламав ногу. Краще за нього про це не знає ніхто.

фото 27

З колегами клініки
спінальної нейрохірургії
Інституту нейрохірургії
ім. акад. А. П. Ромоданова
АМН України



фото 28

Учні з вчителем в ЛШМД,
1995 р.



фото 29

В кулуарах конференції
нейрохірургів.
Луганськ,
1999 р.





фото 30
Конференція
нейрохірургів Москва-
Волга 1997 р.
Проф. М. Є. Поліщук з
дружиною,
проф. В. О. Хілько,
проф. В. І. Горбунов.

фото 31
Презентація книги
академіка
Ю. І. Кундієва.
Сидять академіки АМН
України Ю. І. Кундієв,
Ю. П. Зозуля,
В. В. Смирнов



фото 32
Конференція по
малоінвазивній
вертебрології.
проф. М. Є. Поліщук,
проф. В. О. Радченко,
проф. М. О. Корж,
проф. М. І. Хвисюк,
проф. Г. Х. Грунтовський,
к. м. н. М. М. Костецький

фото 33

На міжнародній
конференції в Москві,
член-кор. РАМН
О. О. Потапов,
проф. М. Є. Поліщук,
голова Європейської
асоціації нейрохірургів
проф. Броччі,
проф. В. І. Цимбалюк



фото 34

На конференції,
присвяченій ювілею
академіка
О. М. Коновалова

фото 35

Відкриття
меморіальної дошки
академіку
О. І. Арутюнову.
М. Поліщук,
В. Цимбалюк,
В. Корнієнко, М.
Арутюнов (онук
академіка), Я. Пацко





фото 36
З професором
А. І. Трещинським
завжди цікаво



фото 37
Дружня трійка:
В. Бондаренко,
М. Поліщук,
В. Брюховець



фото 38
«Тихе» полювання



фото 39
Мисливці йдуть по сліду



фото 40
Вдале полювання.
М. Поліщук,
В. Цимбалюк



фото 41
Українська писанка — сама велика
в світі. Альберта, Канада,
2003 р.

М. Є. ПОЛІЩУК – ГРОМАДСЬКИЙ ДІЯЧ

В. Д. БОНДАРЕНКО
Народний депутат України

Коли всі махнули рукою

Багато років тому нашу сім'ю спіткало лихо. Дружина Галина, яка подарувала мені двох прекрасних доньок, тяжко захворіла. Після першого обстеження як вирок прозвучав діагноз — розсіяний склероз і перспектива кількох років згасання життя. Потім були всілякі знахарі й цілителі та десятки коробочок з-під церебраліну, який на той час був страшним дефіцитом, та інших дефіцитних ліків.

Через кілька місяців справи значно погіршились, а потім практично віднялись рука і нога.

Настрій мій в той час був препоганий і я намагався порадитись з кожною людиною, сподіваючись хоча б на якусь підказку.

Так сталося, що мої бідкання почув тоді ще ледь мені знайомий Валентин Брюховець. Тепер це один з близьких мені людей, адже він став тим місточком, який привів мене до знайомства з Миколою Поліщуком.

Валентин розповів мені свою історію про жахливу автомобільну аварію і власний безнадійний стан, коли він отримав кілька переломів, в тому числі черепа, та пошкодження внутрішніх органів (це вже пізніше ми визнали, що це називається політравмою).

Безумовно, сам Валентин протягом тривалого часу був непритомний, як йому розповіли рідні — стан його був дуже тяжкий.

Та Бог послав Миколу Поліщука, який на той час вже зробив низку надскладних черепно-мозкових операцій потерпілим з політравмою.

І М. Є. Поліщук зробив неможливе, витягнувши мого співбесідника з того світу.

Я захопився за цю розмову, як за рятівну соломинку.

Вразила мене перша зустріч з цією людиною. Я не побачив ні професорської борідки, ні окулярів, ні зверхнього погляду людини, яка знає все. Було просте обличчя, добрі очі і м'яка спокійна розмова. Після першого ж обстеження негайно були скасовані встановлений діагноз і дорогі ліки, які при пухлинах неприпустимо призначати, адже вони стимулюють ріст клітин.

Операція тривала майже 4 години, а мені здалося — вічність. Як сьогодні пам'ятаю страшенну втому на обличчі хірурга і лише два слова, які він вимовив: «Є надія».

Після цього були місяці післяопераційної боротьби за життя. Але він переміг і сьогодні моя Галина працює, виховує онуків.

Можливо, за законом подвійних випадків пригадалася ще одна історія. Тепер вже до мене звернувся університетський товариш, який мешкає в Євпаторії, і розповів про свою біду.

Його дружина Валентина без руху і надії на одужання лежала вже другий місяць з діагнозом: розсіяний склероз і активно приймала той же церебrolізін. Діагноз їй встановив відомий на той час професор, який не терпів заперечень і ніколи не сумнівався.

Коли ж Валентину на носилках винесли з Сімферопольського поїзда на перон Київського вокзалу, професор М. Є. Поліщук прямо під вокзальним навісом провів декілька маніпуляцій і сказав: «Є надія». Наш товариш поїхав додому, а Валентина вже через кілька днів, лежачи в післяопераційній палаті, вперше ворухнула пальцями ніг.

Пухлина спинного мозку виявилась доброякісною, і здоров'я молодої жінки пішло на поправку.

Через кілька тижнів ми повідомили нашого товариша, що відправляємо його дружину поїздом, і попросили зустріти її в Криму.

Анатолій, до кінця не інформований про результати операції, прибув на вокзал з каретою швидкої допомоги, носилками та двома санітарами. Коли ж Валентина підійшла до нього ззаду і запитала, чи не її він чекає, чоловік сам ледь не впав на асфальт.

Тому кожного разу, коли ми йдемо до церкви, ставимо свічку за здоров'я Миколи. Це ім'я навіки записане у святцях нашого роду. Я знаю, що так робить Валентин Брюховець, Валентина Лядоцька і ще сотні колись безнадійних хворих.

А далі я зупинюся на роботі Миколи Поліщука як громадського діяча, народного депутата.

М. Є. Поліщук — громадський діяч

Діти післявоєнних років зростали заполітизованими — в усьому був героїзм, все передове і найкраще — лише радянським.

Так зростав і Микола Поліщук, хоча рано відчув «переваги» радянського — це і збирання колосків, і тяжка праця, і глумління голови

колгоспу та голови сільради над односельцями, серед яких були і його батьки.

Вчився добре, був активістом — спочатку піонерським, а потім комсомольським ватажком у школі, колгоспі.

Прозріння прийшло згодом, під час навчання в Ужгородському університеті і проходження студентської практики в Угорській Народній Республіці (1968 рік).

В 1972—1974 рр. зав'язав знайомство з молодими науковцями, які працювали в Інституті філософії та Інституті етнографії АН України (так склалось, що одному з них надав медичну допомогу під час чергування в інституті нейрохірургії).

Тоді-то і дізнався, що не все «в нашому» домі добре. Але пам'ятав наказ батька, що в політику втрутатися не потрібно, вона не для нас.

Слухав розмови молодих політиків, бо було цікаво, ходив на мітинги до пам'ятника Т. Г. Шевченка, чим і викликав зацікавленість певних органів. Склалась загроза подальшому навчанню в НДІ нейрохірургії.

Втрутився академік Андрій Петрович Ромоданов, батько якого в свій час був репресований, замовив добре слово, сказавши, що це гріхи молодості, романтика, а хлопець ніякою політикою не займається, працює добре і він особисто за нього ручається.

Поручився, давши разом з професором Г. П. Педаченком рекомендацію Миколі Поліщуку до вступу в лави КПРС. Проте, гріхи молодості продовжились, на цей раз Микола «вскочив у гречку», але з таким розголосом, що це дійшло до райкому партії. В результаті — навіть кандидатського стажу не пройшов. Г. П. Педаченко отримав в райкомі партії усні зауваження за невмілу роботу з молодими кадрами.

І знову Андрій Петрович пожурих, насварив, захистив, забрав на роботу з кафедри в Інститут нейрохірургії старшим науковим співробітником, визначив тему докторської дисертації.

Пройшло небагато часу, Микола Поліщук захистив докторську дисертацію, став професором, очолив кафедру нейрохірургії, створив службу невідкладної нейрохірургії в м. Києві, в Україні почали захищатися його учні, виходять посібники, монографії.

Друзі (Володимир Бондаренко, В'ячеслав Гранаткін, Валентин Брюховець), обіймаючи керівні посади в райкомах партії, не раз заводили мову про членство в КПРС, але він категорично відмовлявся — ідейно вже цю партію не сприймав, а меркантильних інтересів ніколи не мав.

Прийшли часи перебудови, бурхливі роки кінця 80-х, початку 90-х. Мітинги, Народний Рух, можливість висловити свої думки, колони людей, які йдуть по проспекту Перемоги до центру міста, бо автобуси, на яких вони прибули з західних областей України, зупинили на в'їзді до міста...

З'явилась надія, що будуть зміни на краще. Не міг бути осторонь, став активним учасником подій — відвідував мітинги, брав участь в акціях

протесту, підтримував голодуючих студентів, шахтарів, стояв з Богданом Бенюком в людському ланцюгу під час злуки України.

На зміну КПРС прийшли інші партії та об'єднання з різними програмами. Знайомився з ними, бо не був байдужим до майбутнього України. Незалежність України святкував разом з друзями, радів, мав надію на зміни. Але великих змін на краще не сталося.

Тоді і зрозумів, що мусять бути партії, організації, які візьмуть на себе відповідальність і виведуть Україну з тяжкого економічного і соціального стану. Оцінивши ситуацію, вирішив, що найближча до цього — Партія «Реформи і порядок» (ПРП), програма якої ліберальна і відповідає його поглядам. Приваблювала виваженість, переконливість лідера ПРП Віктора Михайловича Пинзеника. Разом з друзями — В. Бондаренком та В. Брюховцем неодноразово бував на партійних зборах.

В липні 2001 року став членом ПРП, свідомо зробивши свій вибір.

Несподіванкою була пропозиція, яку виголосив на зборах ПРП в грудні 2001 року Сергій Соболев, що по місту Києву по одному з округів кандидатом в депутати Верховної Ради ПРП рекомендує професора Миколи Єфремовича Поліщука.

На цих зборах були присутні В. А. Ющенко, В. М. Пинзеник, керівники Рухів та всіх партій, що входять в блок Віктора Ющенка «Наша Україна».

В перерві була гостра дискусія з друзями, було пряме запитання В. Пинзеника — «Професоре, а Ви можете миритися з тим, в якому стані медицина в Україні?».

Почув слова В. А. Ющенка: «Зрозумійте, що професіонали, зокрема і медики, повинні бути у Верховній Раді. Думайте і погоджуйтесь».

Три тижні роздумував.

Більшість знайомих і колег переконували не йти. Навіщо це відомому нейрохірургу, до якого звертаються по допомогу не тільки в Україні? Нічого там не зробиш, а свою справу загубиш.

Підтримала дружина Людмила Леонідівна: «Тобі довіряють, тебе знають. Спокійним ти ніколи не був і не будеш, якщо берешся до справи, то її виконуєш. Краще за тебе про стан охорони здоров'я в Україні, про вищу медичну освіту, про післядипломну підготовку кадрів вряд чи хтось знає...».

Зважив всі «за» і «проти» і прийняв рішення: буду балотуватись!

В. Бондаренко запропонував М. Є. Поліщуку балотуватись по 214 виборчому округу м. Києва. Це Дніпровсько-Деснянський район, де розташована Лікарня швидкої медичної допомоги, є ще багато медичних закладів. А ім'я професора Миколи Поліщука відоме. Штаб очолив Андрій Король, допомагав Олег Виноградов. В передвиборчу компанію дружно включилися лікарі-нейрохірурги, співробітники ЛШМД та інших лікарень. Також допомагали лікарі-курсанти та лікарі-інтерни. Працювали

вечорами, у вихідні дні, працювали, як-то кажуть, «за ідею», а не за винагороду. В подальшому, коли з'явилися агітаційні матеріали, до штабу приходили знайомі, раніше прооперовані хворі та їхні родичі, також допомагали в агітаційній роботі.

Штаб працював дуже напружено. На цей період Микола Єфремович Поліщук взяв відпустку, але від лікарської роботи ніде не подінешся, і консультував, і оперував, і лекції читав, і іспити приймав.

Гіркий присмак залишився від дій адмінресурсу, коли головні лікарі медичних установ не допустили на збори колективів свого колегу — професора, а для інших кандидатів було зелене світло. Не дозволялось в лікарнях на стендах оприлюднювати свою передвиборню програму.

Керівництво Києва дало чітку установу: агітувати за представника від влади. «А професору ми дамо змогу консультувати в центральній міській лікарні».

Набрався неприємностей начальник ГУОЗ м. Києва Роман Миколайович Макомела, який на колегії був змушений агітувати за представника від влади, але попросив голосувати по совісті, бо професор — медик все ж таки більше зможе зробити для людей і медицини, бо знає ці проблеми набагато краще.

А ще необхідно мати на увазі, що Микола Поліщук народився під знаком Бика, а такі люди відзначаються сильною мовчазною, але впевненою поведінкою. Чим більше на Бика навалюється неприємностей і перешкод, тим більше сил він знаходить, щоб подолати їх.

Всією командою в складній боротьбі здобули перемогу.

Почався новий період не тільки роботи, а й життя. В травні прийнята присяга Народного Депутата. В липні Верховна Рада доручила Миколі Єфремовичу очолити Комітет з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства. Фракція «Наша Україна» визнала комітет з охорони здоров'я пріоритетним, як один з важливих соціальних комітетів, тим більше, що за досвідом роботи в медицині М. Є. Поліщук — найдосвідченіший серед депутатів IV скликання.

Фракція і депутати Верховної Ради не помилилися у своєму виборі. За період роботи у Верховній Раді України М. Є. Поліщук зосередив свої зусилля на тому, щоб привернути увагу депутатів, владних структур і людей до проблем охорони здоров'я, до необхідності проведення реформ в галузі, щоб фінансування йшло на пацієнта, а не на утримання закладу, щоб була можливість медикам заробити гроші, підняти зарплату не нижче рівня прожиткового мінімуму, зробити доступною медичну допомогу, особливо невідкладну, гарантувати медичну допомогу соціально незахищеним верствам населення. Особливої уваги заслуговує в роботі Миколи Єфремовича покращання фінансування галузі охорони здоров'я.

Як народний депутат Микола Єфремович зосередився на законодавчій діяльності, яка б дала змогу провести зміни в галузі охорони здоров'я.

Народний депутат М. Є. Поліщук є автором 52 законопроектів, поправок до законопроектів та Постанов Верховної Ради України.

Підготовлені законопроекти та поправки до законопроектів про фінансування та державне медичне страхування, про обов'язкове медичне соціальне страхування, про допомогу матерям при народженні дітей, про допомогу психічно хворим, про шкідливий вплив тютюнопаління на здоров'я людей, про обіг наркотичних засобів, про вищу освіту, про заклади охорони здоров'я та багато інших.

На пленарних засіданнях зроблено 55 виступів, заяв від фракції, Комітету і від себе як народного депутата, проголосовано 10 депутатських запитів.

Народним депутатом М. Є. Поліщуком підготовлені і направлені 10 депутатських звернень, проведено десятки виступів по радіо, телебаченню, дано багато інтерв'ю, прес-конференцій, опубліковані понад 30 публіцистичних статей, як за фахом, так і політичного характеру в провідних виданнях.

Запити і звернення стосуються не лише проблеми виборчого округу, вони є й результатом тих заяв і звернень, які надходили під час зустріч з виборцями в різних регіонах України.

В окрузі зроблена безпосередня допомога виборцям.

За сприяння Миколи Єфремовича Лікарня швидкої медичної допомоги оснащена сучасним обладнанням — спіральний комп'ютерний томограф, магнітно-резонансний томограф, сучасний цифровий рентгенапарат, ультразвуковий дуплексний сканер для обстеження судин, удосконалене хірургічне обладнання. В лікарню №3 по вул. Петра Запорожця придбаний сучасний апарат для лікування урологічних хворих, закуплене обладнання в лікарню №2 Дніпровського району на суму понад 800 тисяч грн., в дитячу поліклініку району придбано дві сучасні стоматологічні установки, покращено обладнання для кухні дитячого харчування Дніпровського району. Народний депутат М. Є. Поліщук взяв активну участь в проведенні ремонтних робіт в школах Деснянського та Дніпровського районів під час підготовки до навчального року, на суму понад 200000 грн. За сприяння народного депутата М. Є. Поліщука обладнаний тренажерний клас в медичному коледжі по вул. Братиславській, клас комп'ютерної та відеотехніки.

Для шкіл закуплений спортінвентар.

За зверненням виборців з різних регіонів багатьом хворим проведено безкоштовне лікування, в тому числі і високої вартості — операції на серці, суглобах тощо. Багатьох нейрохірургічних хворих прооперував сам Микола Єфремович, результати хороші (оперує двічі на тиждень).

Народний депутат М. Є. Поліщук відстоює права і сприяє розвитку вітчизняного виробника як в медичному обладнанні, так і у фармацевті.

Поліщук М. Є. сприяв поліпшенню житлових умов 4 сімей виборців свого району.

Чуйним є Микола Єфремович до проблем своїх колег-депутатів, як у наданні медичної допомоги, так і у вирішенні питань що входять до його компетенції.

Надзвичайно важливими для України є проведені за ініціативою Миколи Єфремовича два дні Уряду та троє Парламентських слухань і прийняті з цього питання Постанови Верховної Ради України, результатом чого стало відкриття дитячого кардіохірургічного центру МОЗ України, його адекватне оснащення і фінансування. Сьогодні тут можуть отримати безоплатну допомогу сотні дітей з вадами серця. Резонансними були слухання щодо туберкульозу, онкологічних захворювань, ВІЛ/СНІД(у), наркоманії та алкоголізму.

По відповідних постановах Верховної Ради України готуються урядові програми, які сприятимуть поліпшенню справ з цих питань.

Велику увагу Микола Єфремович приділяє підвищенню заробітної плати працівникам бюджетної сфери — медикам, освітянам, працівникам культури, зменшенню вартості медикаментів, медичних спиртів, належному обладнанню медичних установ, підвищенню якості надання медичної допомоги, якості підготовки медичних працівників.

Це не декларація, а реальна допомога. Адже, інакше він не може, тому що професія хірурга зобов'язує до конкретних дій і належного результату.

Щасти тобі, друже, на ниві законотворчості, на благо України, для наших людей.



фото 42
На виборах



фото 43
Передвиборча кампанія



*фото 44
Команда*



*фото 45
Святкування перемоги*

РОБОТА В ВЕРХОВНІЙ РАДІ

Про стан справ у вітчизняній системі охорони здоров'я

8 жовтня 2002 р.

ПОЛІЩУК М. Є., голова Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства (виборчий округ 214, м. Київ). Шановні народні депутати, члени уряду, запрошені.

Усі ви мали можливість ознайомитися з наданими Кабінетом Міністрів аналітичними та довідковими матеріалами про стан справ у вітчизняній системі охорони здоров'я. З них можна зробити висновок, що ніяких проблем в цій галузі немає. Проте абсолютна більшість з вас, шановні народні обранці, зустрічаючись з виборцями, пересвідчилися, що реальних позитивних змін у системі охорони здоров'я України, на жаль, не відбулося.

Охорона здоров'я народу так і не стала пріоритетом державної політики уряду. Черговим прикладом цього є поданий Кабінетом Міністрів проект Державного бюджету України на 2003 рік, де майже всі основні показники фінансування галузі в порівнянні з минулим роком передбачено зменшити. Видатки на охорону здоров'я із загального фонду зведеного бюджету згідно з урядовим проектом мають зменшитися на 3,6 відсотка, проте передбачається суттєве збільшення фінансування фіскальних та силових структур.

Влітку цього року медики України змушені були вдатися до акції протесту проти державної політики в сфері охорони здоров'я та оплати праці, яка на сьогодні є однією з найнижчих у бюджетній сфері. Сьогодні медики заявляють про готовність до нових, більш рішучих дій, адже не виконується постанова Верховної Ради України від 11 липня цього року про підвищення зарплати медикам. Все це не може не турбувати нас із вами.

Комітет занепокоєний зменшенням фінансування програми боротьби з туберкульозом у два рази проти 2002 року. В першому півріччі на виконання централізованих заходів щодо боротьби з туберкульозом із 12,8 мільйонів гривень виділено лише 0,4 мільйона, тобто 3,2 відсотка.

Не вирішуються проблеми боротьби з онкологічними захворюваннями. В 2001 році ці заходи профінансовані приблизно на 14 відсотків, а в першому півріччі цього року кошти не використовувалися взагалі. Не використані навіть 5,5 мільйонів гривень, що були виділені. Я з повною відповідальністю заявляю: Україна не має жодного апарату для адекватної променевої терапії онкологічно хворих, а її потребують приблизно 120 тисяч хворих на рік. Внаслідок цього близько 30 тисяч хворих щорічно помирають, не отримавши належної допомоги. Наявні апарати, зі слів професіоналів-радіологів, не придатні для використання, оскільки викликають незворотні враження органів та променеви хворобу в людей.

Міністерство охорони здоров'я не визначилося щодо пріоритетності закупівлі високовартісного обладнання, не забезпечує його ефективного використання. В Києві 9 магніто-резонансних томографів, 8 ангіографів для діагностики і жодного апарату для радіотерапії онкохворих. Питається: хто про це повинен знати? Прем'єр чи міністр?

У першому півріччі Міністерством охорони здоров'я не використані 1,6 мільйона гривень на забезпечення медичних заходів Національної програми «Діти України». Як зрозуміти те, що закупівля імпортних інсулінів забезпечується на 100 відсотків, а вітчизняному виробнику, котрий випускає якісні інсуліни, держава в особі міністерства заборгувала понад 33 мільйони гривень?! Внаслідок цього унікальне виробництво опинилося перед загрозою зупинки. І таких прикладів можна навести безліч. Що ж це за державна політика і за державний підхід до системи?!

Як бачите, за наявності дефіциту фінансових ресурсів вони ще й не ефективно використовуються. А в умовах обмеженого фінансування ефективного використання всіх можливих ресурсів (кадрових, матеріально-технічних) є надзвичайно важливим.

Щоб забезпечити стабілізацію та реформування охорони здоров'я, підвищення якості медичної допомоги населенню необхідно: перетворити державні та комунальні медичні заклади з бюджетних установ на самостійні суб'єкти господарської діяльності; забезпечити реалізацію вже прийнятого Закону України про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти (в частині закупівлі медичних послуг); розробити і впровадити соціальні стандарти якості медичної допомоги; активізувати роль первинної медико-санітарної допомоги.

На сьогодні нам потрібні 33 тисячі сімейних лікарів, а є 1,3 тисячі, та щорічно готується 500, як було сказано в доповіді. Це 62 роки треба чекати, щоб ми забезпечили потребу в лікарях! Але без цього ніяка страхова медицина в Україні діяти не буде.

За фактом незаконного створення Державним департаментом з контролю за якістю, безпекою та виробництвом лікарських засобів мережі комерційних структур Генеральною прокуратурою України порушено кримінальну справу. За інформацією, наданою комітету Генеральною

прокуратурою, посадовими особами Міністерства охорони здоров'я порушуються вимоги законів при проведенні тендерних закупівель лікарських засобів. Це полягає в тому, що перевага надається імпортом виробникам перед вітчизняними.

За даними Рахункової палати України, мають місце численні порушення МОЗ і підпорядкованими йому установами бюджетної дисципліни. А тому, шановні народні депутати, комітет вважає, що роботу Кабінету Міністрів та Міністерства охорони здоров'я у сфері забезпечення охорони здоров'я громадян слід визнати незадовільною і рекомендувати Президенту та Прем'єр-міністру вжити відповідних організаційних заходів.

Підготовлений комітетом проект постанови вам роздано, його підтримали практично всі члени комітету, хоча з різних причин не всі завізували. Ми просимо вас також підтримати цей проект.

Дякую за увагу.

ПОСТАНОВА ВЕРХОВНОЇ РАДИ УКРАЇНИ

Про інформацію Кабінету Міністрів
України про стан справ у вітчизняній системі охорони здоров'я
(Відомості Верховної Ради (ВВР), 2002, N 52, ст. 384)

Заслухавши інформацію Кабінету Міністрів України про стан справ у вітчизняній системі охорони здоров'я та співдоповідь Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства з цього питання, Верховна Рада України

п о с т а н о в л я є:

1. Діяльність Кабінету Міністрів України у сфері забезпечення охорони здоров'я та медичного обслуговування громадян України визнати незадовільною.
2. З метою поліпшення стану та механізмів фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я, посилення соціального захисту працівників вітчизняної системи охорони здоров'я рекомендувати Кабінету Міністрів України:
 - а) забезпечити виконання у повному обсязі, передбаченому Законом України «Про Державний бюджет України на 2002 рік» (2905-14), бюджетних призначень на фінансування бюджетних програм у зазначеній сфері;
 - б) при доопрацюванні проекту Закону України про Державний бюджет України на 2003 рік передбачити: додаткові видатки в обсязі 1,1 млрд. гривень на виконання Постанови Кабінету Міністрів України від 30 серпня 2002 року

№ 1298 (1298-2002-п) «Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери» для працівників охорони здоров'я виходячи з розміру посадового окладу (тарифної ставки) працівника 1 тарифного розряду 165 гривень;

додаткові видатки на забезпечення фінансування державних цільових програм у сфері охорони здоров'я населення в загальному обсязі 105,9 млн. гривень;

додаткові видатки на придбання лікарських засобів закладами охорони здоров'я, які фінансуються з місцевих бюджетів, у загальному обсязі не менш як 200 млн. гривень;

забезпечення централізованої закупівлі інсулінів вітчизняного виробництва за рахунок коштів Державного бюджету України;

додаткові видатки, спрямовані на забезпечення виконання в повному обсязі статті 77 Основ законодавства України про охорону здоров'я (2801-12) щодо надання медичним працівникам, які проживають у сільській місцевості, пільг з оплати комунальних послуг в обсязі 80 млн. гривень;

в) розробити і подати на розгляд Верховної Ради України пропозиції щодо внесення змін до Бюджетного кодексу України, спрямовані на вдосконалення міжбюджетних відносин у вітчизняній системі охорони здоров'я та надання прав розпорядників бюджетних коштів центральним районним лікарням.

3. З метою започаткування реформ у вітчизняній системі охорони здоров'я, забезпечення економічної ефективності використання фінансових, матеріально-технічних та кадрових ресурсів у вітчизняній системі охорони здоров'я, підвищення якості медичної допомоги населенню, підготовки до запровадження загально обов'язкового державного соціального медичного страхування та відпрацювання механізмів договірної оплати медичних послуг, що надаються населенню, рекомендувати Кабінету Міністрів України, Раді міністрів Автономної Республіки Крим, обласним, Київській та Севастопольській міським державним адміністраціям, органам місцевого самоврядування в межах відповідних повноважень вжити заходів щодо:

реалізації вимог Закону України «Про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти» (1490-14) у частині, що стосується здійснення державних закупівель медичних послуг, та посилення контролю за виконанням вимог статті 6 цього Закону щодо надання переваг вітчизняним виробникам при проведенні тендерних закупівель лікарських засобів, виробів медичного призначення та медичного обладнання;

забезпечення відповідних змін правового статусу державних і комунальних закладів охорони здоров'я, що гарантуватимуть їх самостійність у питаннях здійснення господарської діяльності, в тому числі шляхом подання до Верховної Ради України пропозицій щодо внесення необхідних змін до відповідних законів України; прискорення розробки, затвердження та запровадження у практичну діяльність державних соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я, передбачених статтею 11 Закону України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії»(2017-14);

прискорення розробки уніфікованих підходів до визначення вартості конкретних медичних послуг, що мають використовуватися для забезпечення ефективного планування фінансових ресурсів і запровадження державних закупівель медичних послуг у закладах охорони здоров'я;

виконання Постанови Кабінету Міністрів України від 20 червня 2000 року N 989 (989-2000-п) «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я»; забезпечення ефективного прогнозування та перспективного планування підготовки необхідної для держави кількості медичних кадрів у вищих медичних навчальних закладах III та IV рівнів акредитації; посилення контролю за виконанням вимог Указу Президента України від 8 серпня 2000 року N 963/2000 (963/2000) «Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України» та Указу Президента України від 3 січня 2002 року N 8/2002 (8/2002) «Про Комплексні заходи щодо поліпшення медичного обслуговування сільського населення на 2002-2005 роки»; посилення контролю за виконанням Міжгалазуєвої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки, затвердженої Постановою Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 року N 14(14-2002-п);

прискорення виконання вимог Постанови Верховної Ради України від 21 червня 2001 року «Про інформацію Кабінету Міністрів України про здійснення політики державного регулювання цін на лікарські засоби та вироби медичного призначення» (2564-14) у частині, що стосується узгодження Національного переліку основних (життєво необхідних) лікарських засобів і виробів медичного призначення, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 16 листопада 2001 року N 1482 (1482-2001-п) «Про затвердження Національного переліку основних (життєво необхідних) лікарських засобів і виробів медичного призначення», з відповідними рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я; запровадження формулярної системи

медикаментозного забезпечення медичної допомоги, що надається населенню; забезпечення прозорості та економічної обґрунтованості системи ціноутворення у сфері фармації; запровадження системи державної реєстрації оптових цін на основні (життєво необхідні) лікарські засоби та вироби медичного призначення вітчизняного та зарубіжного виробництва; вдосконалення ліцензійних умов провадження господарської діяльності з роздрібною торгівлю лікарськими засобами.

4. Рекомендувати Кабінету Міністрів України у строк до 1 березня 2003 року провести інвентаризацію медичних закладів у вітчизняній системі охорони здоров'я, в тому числі санаторіїв, профілакторіїв тощо, майно яких передано до статутних фондів суб'єктів підприємницької діяльності, та проаналізувати стан і ефективність використання їх майна за призначенням.
5. Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства прискорити підготовку для розгляду Верховною Радою України у третьому читанні проекту Закону України про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування.
6. Кабінету Міністрів України проінформувати Верховну Раду України про виконання цієї Постанови у червні 2003 року.
7. Контроль за виконанням цієї Постанови покласти на Комітет Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства.

Голова Верховної Ради України

В. ЛИТВИН

м. Київ, 28 листопада 2002 року

Парламентські слухання по серцево-судинним захворюванням

Вельмишановний страждальний народі України! Шановні народні депутати, Геннадій Андрійович, присутні! За останні 10 років при відсутності воїн населення України зменшилося майже на 4,3 мільйони, у середньому на 400-500 тисяч в рік і становить 47,5 мільйонів. Таким чином щорічно населення України зменшується майже на 1 відсоток. З 1990 по 2001 роки народжуваність знизилася на 39,4, а смертність зросла на 25,4 відсотка. Це призвело до постаріння населення та до катастрофічного скорочення природного приросту населення від плюс 0,6 відсотка в 1990 році до мінус 7 відсотків в 2001 році.

З середини 50-х років минулого сторіччя провідне місце серед причин смерті займають хвороби системи кровообігу. З 1992 по 2001 роки питома

вага смертності від серцево-судинних хвороб зростає з 51,6 відсотка до 64,8 відсотків, а від судинно-мозкових — з 20,5 до 29,5 відсотків. Кожний четвертий померлий від хвороб системи кровообігу в 2001 році мав судинно-мозкову патологію.

В Україні щорічно переносять інфаркт 50 тисяч осіб та інсульт — понад 140 тисяч осіб. Ішемічна хвороба серця та інсульти є основною причиною смертності в Україні. Смертність від інсульту серед осіб 45-75 років складає в Україні 606 на 100 тисяч населення, що в 12 разів вище, ніж в Швейцарії та в 2 рази вище, ніж в Росії. Між іншим, слід зауважити, що враженість інсультом не розрізняє облич і приміром усі дійові особи історичної Ялтинської конференції перенесли інсульт або ж померли від нього. Якщо нинішня ситуація не зміниться, то кожен п'ятий закінчить своє життя залежним інвалідом від оточуючих, а ще кожен п'ятий помре.

Інсульт є основною причиною інвалідності населення. Тільки 20 відсотків осіб, що залишилися живими після захворювання, повертаються до активного життя. Здоров'я населення країни відображає реальний економічний стан держави та ставлення влади до забезпечення соціальних населення. В Україні на охорону здоров'я виділяється лише 3,1 відсотка ВВП, тоді як світовий досвід свідчить про те, що ефективною система охорони здоров'я може бути лише тоді, коли на її потреби витрачається не менше 5 відсотків ВВП. В Україні на охорону здоров'я виділяється аж 31 долар в рік на особу, з яких 26 ідуть на утримання галузі і зарплату, і тільки 5 на лікування хворого. Доведено, що менше 30 доларів на лікування особи — це вже мертва галузь, а у нас Міністерство охорони здоров'я пробує ще і якось виживає. І разом з тим, останній рік проводяться заходи по реструктуризації галузі. За такої демографічної кризи не можна очікувати зменшення кількості хвороб системи кровообігу за життя одного покоління. Можливо, Кабінету Міністрів слід задуматися, що має бути пріоритетним у державі і в тому числі у бюджеті: силові структури, державне управління справами чи охорона здоров'я. В Україні постійно спостерігаються явні порушення ряду статей Конституції, а саме: статті 48-ї про достатній життєвий рівень, статті 50-ї про безпечне для життя та здоров'я довкілля та статті 49-ї про охорону здоров'я. Не виконуються постанови Верховної Ради України. Але весь час мусується питання конституційної реформи та заяви про соціальну стурбованість влади. То де ж вона ця стурбованість, коли в новому бюджеті закладено зменшення витрат на охорону здоров'я?

На сьогодні доведено, що стан здоров'я на 50 відсотків визначається способом життя, на 20 відсотків генетичними та біологічними чинниками, на 20 відсотків станом довкілля і лише на 10 відсотків станом медичного обслуговування. А ми все звалюємо на охорону здоров'я, і чому медики погано лікують? Як можуть лікувати за такого фінансування?

Основними факторами ризику серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань є: нездоровий спосіб життя, тютюнопаління, зловживання алкоголем, нераціональне харчування, недостатня фізична активність, фактори оточуючого середовища, стреси, шкідливе довкілля на виробництві та у побуті, це Донбас, Запоріжжя, Кривий Ріг, Дніпропетровськ, то й же Київ, а також підвищений артеріальний тиск, надлишкова вага, малорухомий спосіб життя. У нас лікувальна стратегія серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань все ще переважає профілактично.

Шановний народний депутат, шановні люди! Чи контролюєте ви свій тиск, чи знаєте ви свій холестерин, чи кинули ви палити? Для зниження смертності від серцево-судинних захворювань необхідно утримувати артеріальний тиск людей біля 65 років не вище 140 на 90 міліметрів ртутного стовба, холестерин крові — не більше 5 мілімоль, зменшення кількості кориців щорічно на 1 відсоток, лише 1 відсоток щорічно. Ожиріння у віці старше 40-50 років збільшує смертність на 50 відсотків. Зниження артеріального тиску на 8 міліметрів ртутного стовба зменшує кількість інсультів на 48 відсотків, інфарктів — на 19 відсотків. Тож даймо бідним адресно знижуючі артеріальний тиск препарати.

У 1992 році Франція витратила на лікування 150 тисяч хворих на інсульт 840 мільйонів доларів, а на профілактичне лікування всіх хворих з артеріальною гіпертензією — 25 тисяч. І досягла зниження ризику виникнення інсульту на 40 відсотків. Отже профілактичні заходи значно дешевші і більш дієві. Я думаю, що цьому будуть сприяти і Закон про обмеження тютюнопаління в Україні, і парламентські слухання 1 грудня по алкоголізму, наркоманії і СНІДу. Спрямовані на усунення впливу цих чинників організаційні заходи по профілактиці серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань, які були проведені в США, дозволять за 14 років зменшити смертність від них на 25 відсотків. А при деяких формах і на 50 відсотків.

Не говорити про демократію, а створювати умови для належного життя — ось першочергове завдання влади. Первинна профілактика хвороб системи кровообігу повинна стати державною ідеологією по зміцненню здоров'я населення. Держава повинна створити умови для формування здорового способу життя, вдосконалення гігієнічного виховання населення, посилення боротьби із шкідливими звичками. На профілактичну роботу нині відвідено у нас до 5 відсотків часу дільничних терапевтів, тоді як в США 30-40 відсотків часу сімейних лікарів. В 2000 році уряд Ющенка видав постанову про прискорення запровадження інституту лікаря загальної практики та сімейного лікаря. І тільки тепер міністерство почало це ефективно опрацьовувати.

Отже, в профілактиці серцево-судинних захворювань відіграють роль: раціональне харчування, низькокалорійна дієта, зниження надмірної маси тіла, лікування артеріальної гіпертензії та ішемічної хвороби серця.

В Україні щорічно виконуються шість тисяч операцій на серці, тоді як потреба складає 35 тисяч. Але можливості регламентуються не тільки тим, чи можуть інститути і заклади дати, а тим, чи можемо ми їх профінансувати. Тобто 29 тис. хворих помирають, не дочекавшись операції. Ліки таким хворим не допомагають. Кількість операцій, спрямованих на попередження та лікування інсульту складає біля двох тисяч на рік при потребі понад 20 тисяч. При належному фінансуванні кількість операцій хоч завтра може бути збільшена вдвічі! Заклади охорони здоров'я готові до цього. Але вони повинні бути підпорядковані Міністерству охорони здоров'я, а не окремим відомствам. Не будувати нові клініки, а оснастити наявні і створити умови для їх належної роботи і вже завтра матимемо результат.

Отже, тільки об'єднання зусиль уряду, Верховної Ради, медиків і кожного громадянина можуть сприяти подоланню серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань в Україні.

Дуже не хотілося б, щоб наше засідання в черговий раз потрясало повітря. Якщо влада не повернеться до соціальних потреб народу і не зупинить зростання смертності, як в свій час Віктор Андрійович Ющенко зупинив економічне падіння в державі, не місце цій владі! Відстаючий в перегонах має звільнити лижню!

Хочу просити всіх вас підтримати той проект постанови Верховної Ради України, який з цього питання підготував комітет. І ми будемо вдячні всім, хто подасть зауваження до проекту. Дякую за увагу. (Оплески).

ПОСТАНОВА ВЕРХОВНОЇ РАДИ УКРАЇНИ

Про інформацію Кабінету Міністрів України «Про заходи щодо попередження смертності та інвалідності населення внаслідок серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань»

Заслухавши інформацію Кабінету Міністрів України «Про заходи щодо попередження смертності та інвалідності населення внаслідок серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань» і співдоповідь Голови Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства з цього питання, Верховна Рада України

п о с т а н о в л я є:

1. Діяльність Кабінету Міністрів України, Ради міністрів Автономної Республіки Крим, місцевих державних адміністрацій щодо попередження смертності та інвалідності населення внаслідок серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань визнати недостатньою.
2. Рекомендувати Кабінету Міністрів України: розробити та подати до 1 травня 2004 року в установленому порядку до Верховної Ради

України Загальнодержавну програму з попередження смертності та інвалідності населення внаслідок серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань;

з метою підвищення фінансової доступності лікарських засобів для громадян забезпечити виконання у повному обсязі відповідних заходів щодо контролю за цінами на зазначену групу товарів, передбачених Постановою Верховної Ради України від 21 червня 2001 року «Про інформацію Кабінету Міністрів України про здійснення політики державного регулювання цін на лікарські засоби та виробни медичного призначення» (2564-14).

3. Рекомендувати Кабінету Міністрів України, Раді міністрів Автономної Республіки Крим, місцевим державним адміністраціям, органам місцевого самоврядування:

активізувати здійснення комплексу заходів, спрямованих на пропагування здорового способу життя, посилення боротьби з пияцтвом, тютюнопалінням та іншими шкідливими звичками, виховання у населення бережного ставлення до свого здоров'я, в тому числі передбачивши виділення ефірного часу на радіо та телебаченні для відповідного інформування населення з питань, пов'язаних з профілактикою, лікуванням серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань і попередженням ускладнень, що можуть мати місце при зазначених захворюваннях; забезпечувати безумовне виконання статті 49 Конституції України (254к/96-ВР) щодо надання населенню безоплатної медичної допомоги;

вживати заходів щодо забезпечення всіх працездатних осіб робочими місцями з гарантованою заробітною платою;

розробити і подати в установленому порядку до Верховної Ради України пропозиції щодо підвищення мінімального рівня заробітної плати та пенсій до рівня прожиткового мінімуму із збереженням міжтарифних та міжпосадових співвідношень;

забезпечувати в установленому порядку державне регулювання цін на продукти харчування, предмети першої необхідності та на тарифи на житлово-комунальні послуги;

вжити невідкладних заходів щодо поновлення практики регулярних комплексних медичних обстежень (диспансеризації) громадян та запровадження ефективного моніторингу стану здоров'я населення;

під час формування Державного бюджету України та відповідних місцевих бюджетів на 2005 рік і на наступні роки передбачити видатки, які б повністю враховували потреби на закупівлю лікарських засобів, медичного обладнання, лабораторних реактивів та інших матеріалів, необхідних для забезпечення ефективної профілактики, діагностики та лікування серцево-судинних та

судинно-мозкових захворювань, зокрема видатки на гарантоване забезпечення у повному обсязі хворих із зазначеною патологією ліками та витратними матеріалами, необхідними для надання їм ефективної швидкої та невідкладної медичної допомоги, допомоги у підрозділах реанімації та інтенсивної терапії, інфарктних та інсультних відділеннях (палатах) державних і комунальних закладів охорони здоров'я; на розвиток та збільшення надання кардіо-хірургічної допомоги населенню — дорослим та дітям; на закупівлю спеціально обладнаного для надання екстреної кардіологічної допомоги санітарного автотранспорту тощо.

4. Комітету Верховної Ради України з питань бюджету разом з Кабінетом Міністрів України до кінця 2003 року опрацювати питання про підготовку та внесення на розгляд Верховної Ради України відповідних законодавчих пропозицій щодо внесення змін до Бюджетного кодексу України, спрямованих на вдосконалення міжбюджетних відносин у сфері надання громадянам високоспеціалізованої медичної допомоги.
5. Кабінету Міністрів України поінформувати Верховну Раду України про хід виконання цієї Постанови у червні 2004 року.
6. Контроль за виконанням цієї Постанови покласти на Комітет Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства.

Голова Верховної Ради України

В. ЛИТВИН

м. Київ, 27 листопада 2003 року
N 1350-IV

Парламентські слухання по проблемі ВІЛ/ СНІД

Шановні пані та панове, учасники парламентських слухань!

Те, наскільки обговорювані нами нині проблеми є гострими для України, і те, наскільки великою є увага українського суспільства до них, підтверджується рекордною кількістю учасників нинішніх слухань. Наскільки мені відомо, досі жодні парламентські слухання, що проводилися у парламенті принаймні цього скликання, не збирали такої широкої аудиторії. І Комітет Верховної Ради з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства надзвичайно вдячний усім Вам за відгук і підтримку у проведенні цього заходу.

Здоров'я населення є відображенням економічного стану держави та ставлення влади до забезпечення соціальних потреб людей.

Є пряма залежність між поширеністю хвороб, тривалістю життя та рівнем ВВП, що виділяється для потреб системи охорони здоров'я. Уряд України запевняє, що в останні роки ВВП збільшується на 6 – 8%. То чому ж тоді постійно зменшується частка ВВП на охорону здоров'я? Ось динаміка: 2002 р. – 2,6%; 2003 – 3,2%, а бюджетом 2004 року передбачається на охорону здоров'я виділити 3,1 % ВВП.

Як думає влада за свій народ ми побачили у вичерпній статистиці, наведеній Міністром охорони здоров'я, що стосується ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму.

Це – суто соціальні хвороби, і вони відображають ставлення влади до свого народу.

Жебрацька зарплата, що менша від прожиткового мінімуму, безробіття, безвихідь на фоні безсоромного збагачення купки олігархів, як відмічає наш Президент, кинуло наш народ на дно, яке не міг собі уявити навіть Максим Горький. Поширюється наркоманія, а з нею й ВІЛ/СНІД серед молоді, від 50 до 70 відсотків зачеплених цими проблемами осіб не мають професії та постійного місця роботи.

Думаю, всіх, хто це чув, вразила нещодавно дана по радіо інформація про трьох ВІЛ-інфікованих жінок у Донецьку, які продовжують займатися проституцією на дорозі, знаючи про свою хворобу. Медики встановили діагноз, а що зробила влада для цих людей? Вигнала на вулицю, знизилася мінімальну зарплату, поповнила когорту таких людей своїм бездушним до них ставленням.

Отже, усі обговорювані нині проблеми є не стільки медичними, скільки соціальними. Тому їх розв'язання має ґрунтуватися на комплексному підході. Це, перш за все, забезпечення належного рівня життя людей: підвищення, а не зниження зарплати, створення нових робочих місць, реальна турбота про молодь – не уроки футболу у селах, де по 3-5 дітей у школі, а уроки здоров'я, і не один раз на тиждень. Причому уроки здоров'я конкретні, а декларативні.

Проблема ВІЛ/СНІДу – це не лише проблема охорони здоров'я. Це перш за все – проблема прав людини.

Для розв'язання проблем ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму необхідні й ефективне законодавство, пріоритет профілактики, забезпечення сильного управління на всіх рівнях, широке залучення громадськості та підкріпленні. І все це слід підкріплювати стабільними фінансовими, кадровими, матеріально-технічними та іншими ресурсами. Надзвичайно важливим є також забезпечення належного доступу населення до лікування, догляду та підтримки, забезпечення дотримання прав людини.

Що стосується законодавства у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом, то в цілому воно є досить прогресивним і формально дозволяє забезпечити скоординований, заснований на профілактиці, широкій участі, гласності й відповідальності підхід до розв'язання цієї проблеми на всіх рівнях

державного управління. Передусім, це стосується тих блоків законодавства, що гарантують добровільність тестування та можливість отримання консультативної допомоги, захист від дискримінації (в тому числі вразливих груп населення), право на медичну допомогу та соціальне забезпечення, на освіту, на інформацію та конфіденційність, на захист від втручання у приватне життя, право на працю та захист від незаконного звільнення, право на свободу думки та об'єднань тощо.

Отже, законодавство у цій сфері створене. І виконавчій владі, місцевому самоврядуванню необхідно дотримуватися його вимог. В свою чергу, кожному окремому громадянину й громадськості в цілому необхідно знати свої законні права, й використовувати надані законом методи, способи й механізми їх захисту. Що стосується останнього, то тут без перебільшення надзвичайно важливою та неоціненною є роль громадських правозахисних організацій, які широко представлені сьогодні у цій залі.

Разом з тим, цілий ряд положень національного законодавства у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом потребує вдосконалення з метою як підвищення ефективності заходів з контролю за епідемією ВІЛ, так і водночас з метою посилення гарантій дотримання прав людини, подальшого обмеження потенційних можливостей для дискримінації та остракізму стосовно осіб, які живуть з ВІЛ, їх близьких та вразливих у контексті ВІЛ/СНІДу груп населення.

При цьому, перш за все, доцільно розглянути питання про зміну необґрунтовано жорсткої дефініції СНІД як особливо небезпечної інфекційної хвороби та про приведення цієї дефініції у відповідність з реальним ступенем контагіозності, характерним для цієї хвороби. Адже не в останню чергу завдяки цій дефініції у суспільстві формується не зовсім адекватне ставлення до ВІЛ-інфікованих, хворих на СНІД та їх близького оточення. В той же час, можливість зараження вірусним гепатитом В чи С в 60 разів перевищує ризик зараження ВІЛ.

Необхідно також розглянути питання про приведення у відповідність з міжнародними рекомендаціями тих положень Кримінального кодексу України, якими встановлено відповідальність за передачу та поставлення у загрозу передачі ВІЛ.

У процесі вдосконалення законодавства слід звернути увагу й на необхідність поширення універсальних захисних заходів щодо забезпечення контролю за інфекцією на усіх професійних працівників, які мають потенційний ризик зараження. Необхідно також внести до законодавства зміни, що передбачали б можливість отримання гарантованої екстреної медикаментозної профілактики ВІЛ-інфекції всім особам, які зазнали сексуального чи іншого насильства з високим ризиком зараження, та всім медичним працівникам, які зазнали такого ризику при виконанні професійних обов'язків.

Цілий ряд законодавчих заходів має бути вжито й з метою забезпечення права ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД осіб на належну медичну допомогу та підвищення доступності цієї допомоги. Передусім це стосується антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції, оскільки препарати, що застосовуються для її проведення є надзвичайно дорогими.

Кардинального вдосконалення потребують законодавство та державна політика у сфері боротьби з наркоманією та незаконним обігом наркотиків. Поки що воно продовжує залишатися зорієнтованим переважно на боротьбу з кримінальними структурами та на примусове лікування осіб з наркотичними проблемами. Лише деякі статті Кримінального кодексу та Кодексу України про адміністративні правопорушення певною мірою можна віднести до таких, що регулюють заходи третинної профілактики. Таке спрямування законодавства суперечить політиці ООН, визначеній у доповіді 42 сесії Комісії ООН по наркотичних засобах.

Хочу звернути увагу й на те, що, активно обговорюючи у суспільстві проблеми ВІЛ/СНІДу та наркоманії, ми часто необгрунтовано забуваємо про алкогольну проблему.

Смертність від спричинених алкогольним сп'янінням дорожньо-транспортних пригод, утоплень, отруєнь та захворювань, що є прямими наслідками вживання алкоголю, щорічно перевищує 20 тис. осіб. Тільки за період 1995—2000 років лише у «нетверезих» дорожньо-транспортних пригодах більш як 62 тис. осіб отримали травми і майже 7 тис. громадян загинули. Щорічна кількість смертей від отруєнь алкоголем сягає 10 тис. осіб. При цьому хочу підкреслити, що мова йде не про отруєння неякісним алкоголем, як про це говорить реклама, а про отруєння, спричинені надмірним вживанням алкоголю.

Люди пиячать на роботі, вдома, на вулиці. Там, де є добра робота, відповідна платня, там, де людина зайнята, вона пити не буде. А жебрацька зарплата, дешева горілка — це прямий шлях до пияцтва та злочинності.

В той же час, в Україні досі відсутня офіційно затверджена Концепція державної політики щодо алкоголю та наркотиків.

Я не буду далі детально зупинятися на пропозиціях щодо вдосконалення законодавства, що регулюють заходи з розв'язання обговорюваних проблем. Виголошені вище та цілий ряд інших пропозицій, що стосуються вдосконалення законодавчої бази, наведені у розданому Вам проекті Рекомендацій, підготовленому Комітетом.

Разом з тим, хотів би поставити кілька важливих запитань представникам Уряду. Хоча до певної міри деякі з них можна вважати риторичними, тим не менш, на мою думку, вони будуть корисними для подальшого обговорення і визначення тих першочергових заходів, яких необхідно вжити з метою підвищення ефективності протидії тим проблемам, що ми розглядаємо.

Перше. Чим керувався Уряд, коли вносив до переліку платних медичних послуг у державних та комунальних закладах охорони здоров'я такі

види послуг як анонімне обстеження і лікування хворих на наркоманію та алкоголізм, хворих на хвороби, що передаються статевим шляхом? Як це розуміти з врахуванням пріоритетності цих проблем для суспільства, і чому саме анонімне обстеження та лікування у цих випадках має здійснюватися на платній основі? Як це, зрештою, розуміти у контексті необхідності дотримання права людини на конфіденційність інформації про стан здоров'я?

Друге. Коли, нарешті, Уряд забезпечить відповідне вдосконалення чинної системи контролю якості тест-систем для діагностики ВІЛ-інфекції, що використовуються в Україні, з метою приведення її у відповідність з міжнародними стандартами?

Третє. Чому, незважаючи на підтверджену світовим досвідом медичну, соціальну та економічну ефективність такого методу лікування наркотичної залежності та профілактики поширення ВІЛ у середовищі ін'єкційних наркоманів як замісна терапія, стільки часу поспіль гальмується широке запровадження цього методу у практику? Чому досі відповідними міністерствами та відомствами не розроблено узгоджених офіційних інструктивних матеріалів, що дозволили б зрушити з місця цю проблему? Адже відповідні завдання щодо запровадження цього методу містить Національна програма профілактики ВІЛ-інфекції / СНІДу на 2001 – 2003 роки, чинність якої ось-ось завершується. Відомо також й те, що цей метод є невід'ємною умовою ефективного здійснення стратегії зменшення шкоди, яка розглядається ООН як найбільш прийнятний механізм профілактики поширення ВІЛ у середовищі ін'єкційних наркоманів. І без його запровадження ця стратегія не може бути повною та успішною.

Четверте. Чому, незважаючи на такий кричущий стан справ з поширенням ВІЛ-інфекції, наркоманії та алкоголізму і на постійне декларування пріоритетів профілактики та необхідності виховання у дітей та молоді навичок здорового способу життя та бережного ставлення до свого здоров'я, цим проблемам не приділяється належної уваги у навчальних планах та програмах освітніх закладів? Проаналізувавши принаймні проект державного стандарту базової і повної середньої освіти по освітній галузі «Здоров'я і фізична культура», що підготовлений Міністерством освіти і науки, ми не знайшли в ньому жодної конкретної згадки про проблеми СНІДу, наркоманії та алкоголізму.

П'яте. Чому не вживається відповідних заходів щодо забезпечення доступності гарантованого законодавством права на добровільне тестування на ВІЛ/СНІД для осіб, які відбувають покарання у місцях позбавлення волі? Чому, незважаючи на наявність відповідного законодавства, ці люди фактично позбавляються права на доступ до відповідної медичної та консультативної допомоги?

Шосте. Коли, нарешті, буде забезпечено належне виконання вимог Закону України «Про рекламу» у частині, що стосується соціальної реклами,

в тому числі й тих її аспектів, що пов'язані з пропагуванням здорового способу життя? Коли буде забезпечено належний контроль за дотриманням законодавства у частині, що стосується регулювання реклами алкоголю, правил торгівлі алкогольними напоями, в тому числі за дотриманням встановленої законом заборони на продаж алкогольних напоїв неповнолітнім та їх продажу у недозволених для цього місцях?

Сьоме. Чим, беручи до уваги актуальність проблеми наркоманії та незаконного обігу наркотиків, можна пояснити абсолютну відсутність хоча б якогось цільового фінансування заходів, передбачених затвердженою Кабінетом Міністрів України Програмою реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003-2010 роки, у бюджеті на наступний, 2004 рік?

Восьме. Коли, нарешті, правоохоронні структури, почнуть дивитися на осіб, які страждають на наркотичну залежність, насамперед не як на правопорушників, а на хворих людей? Коли вони у своїй діяльності почнуть застосовувати не лише силові методи, а й методи профілактики? Адже профілактика — це завдання не лише медиків, освітян та соціальних служб, брати участь у ній мають й правоохоронні структури.

Дев'яте. Чому досі Уряд, не зважаючи на наявність переданих Глобальним Фондом коштів, не розпочав закупівлю антиретровірусних препаратів для лікування СНІДу згідно з відповідною Угодою, що уклало Міністерство охорони здоров'я? Чому так пізно, лише через кілька місяців після передачі цих коштів, стало підніматися питання про необхідність встановлення відповідних митних та податкових пільг? Тим часом, хворі на СНІД, які потребують лікування, не можуть його отримати, і вмирають.

Десяте й останнє. Коли Уряд, інші центральні органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування нарешті перейдуть від декларативних розмов про необхідність залучення громадськості до розв'язання проблем СНІДу, наркоманії та алкоголізму і реально розпочнуть забезпечувати фінансову підтримку неурядових організацій, використовуючи їх для виконання державних програм та надання відповідних послуг в ролі одержувачів бюджетних коштів, як це передбачено чинним Бюджетним кодексом України?

Дуже хотілося б почути відповіді на ці питання з виступів представників виконавчої влади, які нині будуть брати участь в обговоренні.

Шановні учасники слухань! Завершуючи свій виступ, я прошу Вас уважно ознайомитися з проектом тих Рекомендацій, що підготував Комітет, і в своїх виступах, по можливості, дати відповідні пропозиції, спрямовані на його вдосконалення. Ті з Вас, хто не матимуть можливості виступити нині, можуть направити такі пропозиції до Комітету після завершення слухань. Ми їх розглянемо і все раціональне обов'язково врахуємо при доопрацюванні.

Дякую за увагу.

ПОСТАНОВА ВЕРХОВНОЇ РАДИ УКРАЇНИ

Про Рекомендації парламентських слухань на тему:
«Соціально-економічні проблеми ВІЛ/СНІДу, наркоманії та
алкоголізму в Україні та шляхи їх розв'язання»

Верховна Рада України **п о с т а н о в л я є**:

1. Схвалити Рекомендації парламентських слухань на тему: «Соціально-економічні проблеми ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму в Україні та шляхи їх подолання» (додаються).
2. Запропонувати Кабінету Міністрів України до 1 грудня 2005 року поінформувати Верховну Раду України про стан реалізації Рекомендацій парламентських слухань на тему: «Соціально-економічні проблеми ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму в Україні та шляхи їх подолання» (далі — Рекомендації).
3. Управлінню справами Апарату Верховної Ради України разом з Комітетом Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства протягом квітня 2004 року забезпечити видання збірки матеріалів за результатами парламентських слухань на тему: «Соціально-економічні проблеми ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму в Україні та шляхи їх подолання».
4. Контроль за виконанням цієї Постанови покласти на Комітет Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства.

Голова Верховної Ради України

В. ЛИТВИН

Рекомендації парламентських слухань на тему: «Соціально-економічні проблеми ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму в Україні та шляхи їх розв'язання»

Учасники парламентських слухань на тему: «Соціально-економічні проблеми ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму в Україні та шляхи їх подолання», що відбулися 1 грудня 2003 року, відзначають, що, незважаючи на певні зусилля органів державної влади, місцевого самоврядування, неурядових організацій і суспільства в цілому, ситуація з поширенням цих хвороб у державі продовжує залишатися тривожною та складною.

Україна, підписавши низку важливих стратегічних міжнародних документів, серед яких передусім слід відзначити Цілі розвитку тисячоліття

(2000) та Декларацію про відданість справи боротьби з ВІЛ/СНІДом (2001), взяла на себе зобов'язання здійснити комплекс заходів, спрямованих на призупинення епідемії ВІЛ/СНІДу, передусім серед молоді і вразливих груп населення, на забезпечення підвищення доступності відповідного лікування для хворих на ВІЛ/СНІД та пом'якшення впливу зазначеної епідемії на українське суспільство.

Проте, незважаючи на створення достатньо сучасного і такого, що в основному відповідає міжнародним вимогам, законодавства у сфері забезпечення контролю за епідемією ВІЛ/СНІДу, декларування заснованих на всебічній координації зусиль всього суспільства, широкій участі, гласності й відповідальності політичних підходів до розв'язання проблеми ВІЛ/СНІДу, Україна, на жаль, продовжує посідати одне з провідних місць на Європейському континенті за темпами зростання зазначеної епідемії.

Причинами цього є як складне економічне становище держави, низький рівень доходів та нестача коштів для забезпечення фінансування соціальних потреб в цілому та проблеми профілактики ВІЛ/СНІДу зокрема, так і незадовільний стан виконання вимог наявної і достатньо прогресивної законодавчої бази, а також часто формальний, декларативний підхід до розв'язання багатьох проблем навіть з числа тих, що не вимагають значного фінансування, або ж не вимагають його взагалі.

Разом з тим, незважаючи на в основному прогресивний характер законодавчої бази України в контексті ВІЛ/СНІДу, не можна заперечувати й того, що цілий ряд положень національного законодавства у зазначеній сфері потребують подальшого вдосконалення. Метою вдосконалення законодавства має бути як підвищення ефективності заходів з контролю за епідемією, так і одночасне з цим посилення гарантій дотримання прав людини, подальше обмеження потенційних можливостей для дискримінації та остракізму стосовно осіб, які живуть з ВІЛ, їх близьких та вразливих у контексті ВІЛ/СНІДу груп населення.

Політикам та урядовцям, усім громадянам слід усвідомлювати, що в разі збереження наявних тенденцій розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу та відсутності адекватних заходів протидії, у недалекому майбутньому вона може суттєво вплинути на поглиблення й без того важкої демографічної кризи, погіршення якості продуктивних сил суспільства та інші важливі складові забезпечення соціально-економічного розвитку держави.

Надзвичайно складною продовжує залишатися й наркотична ситуація в Україні, яка продовжує входити до числа держав, для населення яких є характерним досить високий рівень вживання наркотиків. При цьому проблема наркоманії в Україні надзвичайно тісно пов'язана з проблемою ВІЛ/СНІДу: вибух епідемії ВІЛ, що має місце у державі, значною мірою пов'язаний з поширенням вірусу імунодефіциту людини через середовище ін'єкційних наркоманів, яке досі продовжує залишатися самою серйозною групою ризику у контексті розповсюдження ВІЛ-інфекції.

Національне антинаркотичне законодавство та практичні заходи, що вживаються з метою протидії наркоманії та незаконному обігу наркотиків, в основному продовжують бути зорієнтованими на боротьбу з кримінальними структурами та інші дії переважно репресивного характеру, в тому числі відносно споживачів наркотиків. Відповідні норми Кримінального кодексу та Кодексу України про адміністративні правопорушення практично не передбачають заходів, спрямованих на забезпечення третинної профілактики наркоманії. Сучасні профілактичні стратегії протидії наркоманії в загальнонаціональному масштабі застосовуються у вкрай обмежених обсягах. Таке спрямування законодавства і практичної діяльності у сфері боротьби з незаконним обігом наркотиків та протидії наркоманії суперечить сучасним міжнародним підходам до визначення політики у зазначеній сфері, яка, з точки зору ООН, повинна базуватися на стратегіях зменшення шкоди і збалансовано поєднувати у собі заходи боротьби з нелегальним обігом наркотиків з різноманітні форми профілактично ї роботи і заходи щодо скорочення попиту на наркотики.

У червні 2003 року Кабінетом Міністрів України затверджено Програму реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003-2010 роки, якою передбачено посилення заходів щодо протидії поширенню наркоманії і злочинності, пов'язаної з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та подальше наближення системи цих заходів до міжнародних стандартів.

Проте, реалізація багатьох передбачених Програмою важливих заходів видається необґрунтовано розтягнутою у часі. Крім того, незважаючи на те, що найважливішим джерелом фінансування заходів Програми мають бути кошти державного і місцевих бюджетів, при формуванні проекту Державного бюджету на 2004 рік їй спеціальне цільове фінансування не передбачене.

До цього варто додати, що протягом останніх років, незважаючи на рекомендації Міністерства охорони здоров'я щодо недоцільності таких кроків, мало місце необґрунтоване скорочення потужностей наркологічної служби закладів охорони здоров'я.

Не приділяється належної уваги й фінансуванню правоохоронних органів, що забезпечують заходи з протидії незаконному обігу наркотиків та відповідним кримінальним структурам.

Не краще обстоять справи й з проблемою алкогольних розладів, на які, за оціночними даними (з врахуванням прихованої кількості), страждає майже 7% населення працездатного віку. При цьому з року в рік число таких осіб залишається стабільним, не зазнаючи зменшення, а питома вага дітей та молоді серед них поступово зростає.

Усе це сприяє й тому, що вживання алкоголю продовжує залишатися однією з основних причин багатьох злочинів.

Необґрунтоване скорочення потужностей та штатів наркологічних закладів, що мало місце протягом 1994 – 2001 років, призвело до зменшення майже на 50% кількості хворих, які отримали стаціонарну наркологічну допомогу. Результатом цих негативних процесів стало поступове збільшення кількості хворих із важкими алкогольними розладами (алкогольними психозами), лікування яких потребує набагато більших фінансових витрат.

Динаміка смертності від алкогольних отруєнь свідчить про зменшення їх загальної кількості по країні з 1995 по 1998 рік більше ніж на 30%. Однак, протягом останніх років вона знову почала зростати. Разом з тим, смертність від цирозу печінки у ці ж роки залишилася стабільно високою, що об'єктивно свідчить про збереження високого загального рівня споживання алкоголю в країні.

Особливою складністю вирізняється алкогольна ситуація у сільській місцевості, чому не в останню чергу сприяє традиційна слабкість профілактичних та інших спеціальних структур, що мають забезпечувати антиалкогольну роботу на селі.

Важливою причиною невпинного зростання масштабів алкогольної проблеми продовжує залишатися неефективна державна політика у сфері реклами, висока цінова доступність алкогольних напоїв, практична відсутність контролю за торгівлею алкоголем, в тому числі й за його продажем неповнолітнім, послаблення уваги центральних та місцевих органів виконавчої влади і органів місцевого самоврядування до вирішення питань забезпечення змістовного дозвілля та відпочинку населення, насамперед, молоді, а також, безперечно, відсутність повноцінної системи протиалкогольної профілактики, яка б складалася з профілактичного інформування та профілактичного навчання, розрахованого на різні вікові та соціальні групи населення.

Враховуючи викладене, з метою забезпечення вдосконалення державної політики України та підвищення ефективності практичних заходів, що вживаються у сфері боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДУ, наркоманією та алкоголізмом, Верховна Рада України

рекомендує:

1. Кабінету Міністрів України:

- 1) вжити заходів щодо завершення створення у першому кварталі 2004 року єдиної національної системи моніторингу та оцінки ефективності заходів, що вживаються з метою забезпечення контролю за епідемією ВІЛ/СНІДУ;
- 2) протягом першого півріччя 2004 року забезпечити вдосконалення чинної системи контролю якості тест-систем для діагностики ВІЛ-інфекції, що використовуються в Україні, з метою приведення її у відповідність з міжнародними стандартами, і забезпечити перевірку якості та репрезентативності відповідних тест-систем

- вітчизняного виробництва в одному з рекомендованих Всесвітньою організацією охорони здоров'я незалежних дослідницьких центрів;
- 3) протягом 2004 року забезпечити впровадження сучасних, адаптованих до передового світового досвіду технологій, спрямованих на забезпечення безпеки донорської крові та її компонентів, відповідне зміцнення матеріально-технічної бази станцій та відділень переливання крові державних і комунальних закладів охорони здоров'я;
 - 4) розглянути питання про створення в Україні сучасного спеціалізованого підприємства з переробки донорської крові;
 - 5) встановити постійний оперативний контроль за використанням коштів у рамках Угоди про позику для реалізації проекту «Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні», наданої Світовим банком, коштів, наданих Глобальним Фондом боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією, та виконанням заходів, на які планується спрямувати зазначені кошти;
 - 6) відповідно до рекомендацій, передбачених для України в межах глобальної ініціативи Всесвітньої організації охорони здоров'я та Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу «3 x 5», розробити та впровадити комплексний план лікування, догляду та підтримки для ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД та створити умови для ефективної координації зусиль урядових установ, міжнародних агенцій та громадських організацій, спрямованих на забезпечення доступу ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД до антиретровірусної терапії;
 - 7) вжити заходів щодо налагодження у найближчі кілька років вітчизняного виробництва антиретровірусних препаратів-генериків, призначених для лікування ВІЛ-інфекції;
 - 8) до кінця квітня 2004 року опрацювати та внести на розгляд Верховної Ради України у встановленому порядку законодавчі пропозиції щодо:
внесення змін до Законів України «Про Єдиний митний тариф України», «Про податок на додану вартість» та «Про Митний тариф України», спрямованих відповідно на забезпечення звільнення від обкладення ввізним митом товарів та інших предметів, що придбані за рахунок коштів, наданих Україні згідно з Угодою про програмний грант між Глобальним Фондом боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією та Міністерством охорони здоров'я України, звільнення від оподаткування податком на додану вартість операцій з ввезення на митну територію України, а також з продажу товарів (робіт, послуг), що надаються за рахунок коштів зазначеного гранту, а також встановлення нульової ставки ввізного мита на лікарські засоби, що застосовуються для антиретровірусної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД;

- приведення у відповідність з Міжнародними керівними принципами «ВІЛ/СНІД і права людини» та іншими рекомендаціями ООН і її спеціалізованих установ та програм тих норм Кримінального кодексу України, що стосуються кримінальної відповідальності за зараження та поставлення в небезпеку зараження вірусом набутого імунodefіциту людини;
- внесення відповідних змін, спрямованих на підвищення ефективності заходів з контролю за епідемією ВІЛ/СНІДу та підвищення забезпечення гарантій дотримання прав людини у контексті проблеми ВІЛ/СНІДу, до інших законів України;
- внесення до Кримінального кодексу України, Кодексу України про адміністративні правопорушення та інших законодавчих актів України змін, спрямованих на підвищення ефективності третинної профілактики наркоманії;
- встановлення адміністративної відповідальності за продаж алкогольних напоїв неповнолітнім;
- 9) доручити центральним органам виконавчої влади переглянути видані ними нормативні акти, що стосуються регулювання проблем ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму, з метою усунення невідповідності окремих положень цих нормативних актів законам та міжнародним договорам України, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України;
- 10) до кінця першого півріччя 2004 року завершити розробку та затвердити Концепцію державної політики України щодо алкоголю та наркотиків;
- 11) з метою забезпечення повноцінної сучасної підготовки лікарів-наркологів доручити Міністерству охорони здоров'я України вжити заходів щодо відновлення у 2004 році інтернатури по спеціальності «наркологія»;
- 12) з метою прискорення повноцінного впровадження в широку практику замісної терапії як одного з методів лікування наркотичної залежності та реального механізму зменшення ризику поширення ВІЛ-інфекції через середовище ін'єкційних наркоманів і зменшення нелегального попиту на наркотики, ефективність якого підтверджено світовим досвідом, доручити відповідним міністерствам та відомствам:
- прискорити розробку, затвердження та направлення на місця відповідних офіційних інструктивних матеріалів;
- започаткувати спеціальну професійну підготовку необхідної для ефективного запровадження зазначеного методу лікування наркотичної залежності фахівців;
- 13) розглянути питання про виключення з переліку платних послуг, які надаються в державних та комунальних закладах охорони

здоров'я, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 року № 1138, анонімного обстеження та лікування хворих, заражених хворобами, що передаються статевим шляхом, та хворих на алкоголізм і наркоманію;

14) доручити Державному комітету України у справах сім'ї та молоді прискорити створення мережі центрів ресоціалізації наркозалежної молоді;

15) завершити роботу щодо створення у 2004 році в структурі Міністерства охорони здоров'я України Національного моніторингового центру з наркотичних та алкогольних проблем;

16) розглянути питання про утворення при Кабінеті Міністрів України Українського фонду боротьби з наркоманією із статусом державної спеціалізованої неприбуткової організації.

2. Кабінету Міністрів України, іншим центральним органам виконавчої влади, Раді міністрів Автономної Республіки Крим, обласним, Київській та Севастопольській міським державним адміністраціям, органам місцевого самоврядування:

1) при формуванні проектів відповідних бюджетів та їх виконанні забезпечити цільове фінансування у повному обсязі заходів, передбачених Національною програмою забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004 – 2008 роки та Програмою реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003-2010 роки;

2) забезпечити посилення інформаційно-освітньої роботи, спрямованої на профілактику подальшого поширення ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму, роз'яснення та пропагування наявних методів та можливостей їх лікування, серед населення в цілому та окремих його груп з врахуванням їх вікових, соціальних та інших особливостей із широким залученням до виконання цієї роботи органів та закладів системи охорони здоров'я, освіти, соціальних служб для молоді, усіх видів засобів масової інформації, неурядових організацій тощо;

3) посилити контроль за дотриманням встановлених Конституцією та законами України прав і свобод ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД осіб у сфері охорони здоров'я, освіти, праці тощо, а також за дотриманням законодавства в частині, що стосується регулювання реклами алкоголю, правил торгівлі алкогольними напоями, в тому числі за дотриманням встановленої законом заборони на продаж алкогольних напоїв неповнолітнім та їх продажу у недозволенних для цього місцях;

4) вжити заходів щодо збереження та зміцнення існуючої мережі, матеріально-технічної бази центрів профілактики та боротьби зі

- СНІДом і наркологічних закладів, не допускати їх скорочення та злиття з іншими закладами охорони здоров'я;
- 5) вжити заходів щодо повного забезпечення працівників, умов професійної діяльності яких пов'язані з небезпекою підвищеного ризику зараження ВІЛ-інфекцією, відповідними засобами індивідуального захисту належної якості та фармацевтичними препаратами, необхідними для здійснення екстреної медикаментозної профілактики ВІЛ-інфекції у разі виникнення ситуацій, що супроводжуються високим ризиком зараження ВІЛ при виконанні професійних обов'язків;
- 6) при формуванні в подальшому відповідних програм протидії епідемії ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму, що фінансуються з бюджету, передбачати залучення до їх виконання неурядових організацій, які мають досвід у здійсненні заходів з профілактики ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму, лікування, догляду та забезпечення підтримки хворих на ці захворювання, керуючись при цьому положеннями частини другої статті 21 Бюджетного кодексу України.
3. Уповноваженому Верховної Ради України з прав людини протягом 2004 року здійснити перевірку дотримання в Україні встановлених Конституцією та законами України прав і свобод ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД осіб і представити Верховній Раді України спеціальну доповідь з цього питання.

Виступ на парламентських слуханнях

«Епідемія туберкульозу в Україні та шляхи її подолання»

(19 травня 2003 року)

Чи потрібне втручання Глави держави у проблеми організації протитуберкульозної допомоги? Навряд, тут фахівцям-медикам добре відомо що і як робити. А от у фінансовому плані — не завадить. А чи вважатиме Президент України епідемію туберкульозу загрозою для національної безпеки, як це трактують фтизіатри, залежить від інформації, яку йому нададуть. У цьому ми і вбачаємо найвважливіше завдання нинішніх парламентських слухань, серед учасників яких є й ті, від кого в першу чергу залежить реалізація усіх програм боротьби з туберкульозом — як Національної, так і регіональних — вищі посадові особи держави та регіонів.

Звичайно, головними проблемами у фтизіатрії впродовж багатьох років залишаються недостатнє фінансування, занедбана матеріально-технічна база, застаріле обладнання, соціальна незахищеність хворих і медичних працівників.

Практично в усіх областях не налагоджена нормальна взаємодія між працівниками Міністерства внутрішніх справ, Державного департаменту з виконання покарань і органами охорони здоров'я у питанні обстеження на туберкульоз маргінальних контингентів, тобто груп підвищеного ризику, що відіграють вирішальну роль як джерело поширення інфекції.

Які дані найяскравіше ілюструють ставлення владних структур в Україні до проблеми туберкульозу?

В умовах епідемії абсолютно безпідставно скорочується протитуберкульозна служба. За 1990 – 2000 рр. скорочено 11 % протитуберкульозних диспансерів і 24 % ліжок для хворих на туберкульоз. Ліквідовано 40 спеціалізованих протитуберкульозних санаторіїв, що були розташовані у найкращих ландшафтних місцях, на 43 % скорочена кількість ліжок у них, не аналізується ефективність використання тих, які наявні.

В Україні практично припинено наукові дослідження з епідеміології туберкульозу, не вивчаються особливості його поширення в регіонах та в державі в цілому; видовий склад, міграція та резистентність до лікувальних препаратів мікобактерій туберкульозу, інші особливості епідемічного процесу. Чимало таємниць і загадок ще зберігає відомий уже більш як 120 років збудник туберкульозу, який виявляє надзвичайну стійкість до лікарських засобів. Нині особливу тривогу лікарів викликає поширення полірезистентних збудників туберкульозу.

Відсутній єдиний науково обґрунтований підхід у боротьбі з туберкульозом, як інфекційною хворобою. Тому зусилля фтизіатричної служби зосереджені в основному на лікуванні хворих. При цьому, фтизіатри дуже неохоче займаються профілактичною складовою діяльності диспансерів. Навіть при лікуванні далеко не завжди враховується епідемічна небезпека конкретного хворого, як джерела туберкульозної інфекції. Адже з трьох ланок епідемічного ланцюга: джерело інфекції – фактори передачі – сприйнятливий організм, саме раннє і повне виявлення та медичний контроль над хворими заразними формами туберкульозу, тобто їх госпіталізація в спеціалізований протитуберкульозний заклад, є запорукою успішного подолання епідемії.

У єдиному на Україні інституті фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України з 1988 року ведеться будівництво дитячого корпусу: стаціонара на 200 ліжок і поліклініки на 400 відвідувань у зміну. За 15 років готовність цієї будови досягла 65 %, а закінчена будівництвом частина вже руйнується. Починаючи з 1996 року прийнято 6 (шість!) постанов Уряду щодо виділення коштів на завершення цього будівництва. Ось динаміка цього процесу. 1996 рік – виділено 1 млн. грн., отримано – 0; 1997 р. 5 млн. – 0; 1998 р. – 5 млн. – 0; 1999 р. – 300 тис. – 0; 2001 р. – 500 тис., – 140 тис.; 2002 р. – 700 тис. – 0. Оце мабуть і є найкращою ілюстрацією ставлення урядовців до проблеми туберкульозу! А необхідно ж на всю добудову – 17,5 млн. гривень. Хотілось би, щоб з'ясуванням

питання куди пішли виділені на завершення будівництва дитячого корпусу тубінституту кошти, зацікавилися відповідні правоохоронні органи та Рахунок Палата Верховної Ради.

Багато можна говорити про те, чому населення неохоче проходить профілактичні флюорографічні обстеження. Насправді, людям просто неприємно відвідувати протитуберкульозні диспансери. Адже чого гріха таїти, вони є пасинками навіть серед закладів охорони здоров'я. Переступаючи поріг протитуберкульозного диспансера, а ще гірше — стаціонару, ми як у жахливій казці переносимося в минуле століття, такі вони убогі, як в плані інтер'єру, так і за технічним оснащенням. На ті ліжка, що є в таких стаціонарах, людина, яка себе поважає, не ляже. Згідно санітарних норм на 1 ліжко в тубстаціонарі необхідно 8 квадратних метрів, а фактично є по 2,5-3, в одній палаті розташовуються по 8-10 ліжок. В результаті багато хворих заражається повторно стійкими до антитуберкульозних препаратів збудниками, а близько третини важко хворих із деструктивними формами та масивним бактеріовиділенням, які становлять найбільшу епідемічну небезпеку для оточуючих, помирають поза стаціонаром. Одним із найважливіших завдань у плані подолання епідемії туберкульозу є якнайповніше стаціонарне лікування саме цієї категорії хворих.

Деякі фтизіатри висловлюються за законодавче закріплення кримінальної відповідальності хворих на туберкульоз, які ухиляються від обстеження і лікування. За цією логікою, тих, хто відбув покарання у місцях позбавлення волі, випускати взагалі не варто, адже саме особи цієї категорії у переважній більшості не йдуть у диспансери, не стають на облік. Наше ставлення до таких пропозицій негативне. Варто лише оголосити хворих на туберкульоз поза законом, як усі вони відразу зникнуть з-під медичного нагляду, і вже тоді епідемію ми не зупинимо ніякими силами.

Значну потенціальну епідемічну небезпеку як джерело туберкульозної інфекції становлять молочні ферми, а особливо дрібнотоварне молочне виробництво. Якщо великі тваринницькі комплекси та молокопереробні підприємства перебувають під контролем державної служби ветеринарної медицини, то про особисті селянські господарства та міні молокопереробні підприємства цього стверджувати не можна. При тому, що близько половини молока поступає на переробку саме з дрібних і особистих селянських господарств. Значна частина поголів'я великої рогатої худоби, яка перебуває в особистій власності, не перевіряється на туберкульоз. Хто обстежує власників цієї худоби на туберкульоз, у яких антисанітарних умовах відбувається збір молока у селах — можна переконалися від'їхавши на 40 — 50 кілометрів від Києва чи обласного центру. Навіть у Києві до цього часу продовжується реалізація молока на розлив із цистерн. Тут ще є над чим попрацювати як ветеринарній, так і санітарній службам.

Однією з причин низької ефективності лікування є недостатнє фінансування витрат на харчування, що для хворих на туберкульоз є одним із найважливіших лікувальних факторів. За нормативами на добу необхідно 8,2 грн., фактично хворі харчуються на 3,6 гривни. Не отримуючи необхідної кількості калорій і білків багато хворих стають хроніками.

Що можна вирішити навіть на форумі такого високого рівня, як парламентські слухання? Примусити лікарів краще лікувати хворих? Вони й так стараються, на скільки їм дозволяють кошти. Значить необхідно змусити державну владу, Мінфін, наш бюджетний Комітет, місцеві адміністрації приділити більше фінансової уваги протитуберкульозній службі: замінити старі флюорографи новими, сучасними малодозовими цифровими апаратами, закупити більше ефективних ліків, не економити на харчуванні хворих. Хто повинен змушувати? Цю роль відведено міжвідомчим комісіям по боротьбі з туберкульозом усіх рівнів, а також депутатам усіх рівнів. Активну позицію та наполегливість повинні демонструвати також керівники охорони здоров'я усіх рівнів.

Звичайно, фінансування протитуберкульозних заходів потребує збільшення. Але не менш важливо раціонально використовувати ті кошти, що виділяються для цієї мети, запроваджувати такі організаційні форми роботи, методи діагностики, лікування і профілактики, які дають найкращі результати при мінімальних матеріальних затратах. Тому хочу детальніше зупинитися на тих групах питань, вирішення яких залежать від медицини.

Раннє виявлення туберкульозу.

Ключовим питанням для успішного, ефективного лікування туберкульозу та своєчасного виявлення джерела інфекції є рання діагностика, а ключовими фігурами тут є лікарі загальної практики, дільничні (сімейні) лікарі та педіатри, до яких звертаються хворі з першими, часто нечітко вираженими симптомами туберкульозу. Їхній обов'язок полягає в тому, щоб направити такого хворого до спеціаліста-фтизіатра та простежити, щоб це відвідання відбулося.

Вкрай низька результативність цієї роботи як загально-лікувальної мережі так і фтизіатричної служби підтверджується тим, що серед вперше виявлених під час профілактичних оглядів хворих на туберкульоз близько 40% мають занедбані форми з розпадом і полікавернозними процесами та масивним бактеріовиділенням. Немає сумніву, що більшість із цих хворих неодноразово зверталася до закладів охорони здоров'я, їх обстежували і лікували, але не направили вчасно до фтизіатра. Як результат, маємо багато хворих, лікування яких неефективне і високозатратне, які дають високу смертність і є неконтрольованим надзвичайно потужним джерелом інфекції для оточуючих.

Висновок, на наш погляд, зрозумілий, він аж ніяк не претендує на новизну чи відкриття. Це найчастіший і найважливіший недолік у роботі медиків у сфері боротьби з туберкульозом.

Флюорографічні обстеження та інші методи діагностики.

Ми давно і багато говоримо про низьку ефективність масових профілактичних флюорографічних оглядів. Але вперто і бездумно продовжуємо їх проводити, витрачаючи на це величезні кошти. За деякими підрахунками на флюороогляди в масштабах України щороку витрачається до 130 млн. гривень. У м. Києві в минулому році методом флюорографії обстежено близько 1 млн. мешканців, на що витрачено 5,5 млн. гривень, одне обстеження коштує в середньому 5 гривень. Виявлено 396 хворих, що складає 0,04 %. Тобто, для того, щоб виявити 1 хворого на туберкульоз, було флюорографічно обстежено понад 2500 осіб і витрачено 12,5 тис. гривень.

У той же час, при флюорографічному обстеженні правильно сформованих груп ризику показники у декілька разів вищі, а обстеженню підлягають значно менші контингенти. Тільки за рахунок цього можна зекономити кошти для придбання сучасних флюорографів.

Із незрозумілих причин надто повільно впроваджується у практику такий досить простий і значно дешевший метод діагностики туберкульозу як бактеріоскопія. Ось конкретні дані для роздумів (на матеріалах м. Києва за 2002 рік). Одне обстеження методом бактеріоскопії мазка коштує так само, як і флюорографія — 5 гривень, обстежено цим методом лише 28 тисяч осіб, на що витрачено 140 тис. грн., виявлено 144 хворих на туберкульоз. Для виявлення 1 хворого необхідно було обстежити 194 особи (проти 2500 при флюорографії), витратити 972 гривні, тобто майже у 13 разів менше, ніж при застосуванні флюорографії!

Які ще необхідні аргументи для запровадження простих і ефективних методів діагностики туберкульозу? Чому Міністерство охорони здоров'я так боїться порушити закостенілі, невиправдані на практиці догми у вигляді своїх відомчих інструкцій?

Лікування хворих.

Лікування хворих на туберкульоз потребує переосмислення та перегляду, виходячи з таких міркувань. Про незадовільний стан ліжкового фонду тубстаціонарів ми вже говорили. Але специфіка цієї інфекції вимагає обов'язкового лікування в умовах стаціонару хворих з активними та заразними формами туберкульозу. Водночас, утримання на лікарняному ліжку хворих з іншими формами туберкульозу, яких можна лікувати амбулаторно, виявляється надто марнотратним. Нині вартість одного ліжка складає 20-25 грн. на добу, а вартість одного амбулаторного відвідування — біля 20 копійок. Тобто, рентабельність амбулаторного лікування хворого на туберкульоз у сотню разів вища, ніж стаціонарного, при майже однаковій ефективності. На утримання стаціонарів щороку витрачається більше 300 млн. грн., але більше половини хворих, які там перебувають по 6 і більше місяців, не становлять епідемічної небезпеки і можуть лікуватися амбулаторно! Багато протитуберкульозних стаціонарів перетво-

рилися на притулки, в яких постійно проживають хворі з хронічними, часто незаразними формами туберкульозу. Отже, і тут ми маємо величезний резерв коштів, які можна використати на закупівлю високоефективних (як правило, високої вартості) ліків для підвищення ефективності амбулаторного лікування. Але такий аналіз і на місцевому і на державному рівнях закінчується лише констатацією цих відомих фактів, а соціальна проблема створення та утримання притулків для бездомних лягає на плечі медичних працівників і на бюджет охорони здоров'я.

Звичайно, ефективність амбулаторного лікування значною мірою залежить від чіткого безумовного виконання хворим приписаного лікарем курсу прийому ліків. З цією метою необхідно повсюдно запровадити контрольовану хіміотерапію хворих на туберкульоз в амбулаторних умовах, коли прийом ліків відбувається виключно під безпосереднім контролем медичного працівника. Треба знайти методи матеріального стимулювання такої роботи медиків і справа піде на лад.

В умовах централізованої закупки необхідно значно підвищити відповідальність керівників фтизіатричної служби за визначення реальної потреби в протитуберкульозних препаратах, регулярне забезпечення ними закладів охорони здоров'я та ефективне їх використання.

Велика відповідальність лягає на медичних працівників у зв'язку зі збільшенням первинної та вторинної стійкості мікобактерій туберкульозу до хіміопрепаратів. Причини такої мутації мікобактерій відомі — це, насамперед, застосування неправильних комбінацій лікарських засобів, повторне інфікування, порушення схем лікування. За даними м. Києва серед уперше захворілих первинна стійкість установлена в 26% випадків, а серед раніше лікованих хворих стійкість досягає 70%. Якщо врахувати, що вартість лікування полірезистентних форм досягає 10 000 доларів США, а ефективність не перевищує 40-50%, то стає зрозуміло, які додаткові кошти потребуватиме лікування таких хворих. Українська негативна також соціальний та епідеміологічний ефекти цього явища. Адже близько половини таких хворих протягом 1 — 5 років помирають від прогресуючих форм, які вкрай небезпечні для оточуючих, створюють підвищений ризик інфікування полірезистентними збудниками туберкульозу.

Нині ми абсолютно не готові до подолання хіміорезистентних випадків туберкульозу. Відсутні спеціалізовані відділення для лікування таких хворих та підготовлені кадри. Застарілі технології бактеріологічної діагностики не дозволяють раціонально проводити хіміотерапію з урахуванням чутливості мікобактерій до лікарських засобів. Досить часто вона не проводиться на належному рівні, або не проводиться взагалі, не визначається ефективність лікування хворих.

У структурі протитуберкульозних закладів відсутні бактеріологічні лабораторії, не передбачено їх штат та обладнання. У роботі використовуються вкрай недосконалі методи виділення та культивування мікобактерій,

визначення їх чутливості до хіміопрепаратів. Результати досліджень надходять через 30-90 днів, у той час як сучасні технології дозволяють отримувати їх протягом доби. Відсутні стандартні живильні середовища та субстанції хіміопрепаратів для культуральних досліджень.

Декілька слів хочу сказати про санаторне лікування та реабілітацію хворих на туберкульоз, що по суті становить продовження стаціонарного лікування. Найбільша проблема полягає в тому, що контингент хворих, які у більшості відносяться до найбільш вразливих і соціально незахищених верств населення, не дає можливостей навіть частково оплатити вартість санаторного лікування. Усі витрати на санаторне лікування цих хворих лягають на державу. У нинішніх умовах можливості фінансування вкрай обмежені, тому всі протитуберкульозні санаторії прийшли в повний упадок, а їх наповнюваність із року в рік знижується. Під час ознайомлення із роботою протитуберкульозних санаторіїв, розташованих на Південному березі Криму, ми з'ясували, що площі земельних ділянок деяких із них перевищують нормативні. Було б доцільно, на нашу думку, вивчити питання щодо можливості зосередження санаторного лікування хворих на туберкульоз у декількох санаторіях, а територію інших, розташованих у прибережній зоні Південного берега Криму, передати в оренду організаціям, які замість орендної плати утримуватимуть діючі протитуберкульозні санаторії.

Для прикладу, санаторій «Старий Крим» — єдиний у Криму, збудований за типовим проектом як спеціалізований заклад, зі комплексом структурних підрозділів, необхідних для санаторного лікування хворих на туберкульоз органів дихання. Розрахований на 150 ліжок, цей комплекс має можливості одночасно прийняти на лікування до 650 хворих. Ефективність лікування хворих у санаторії значно перевищує стаціонарне, до того ж утримання 1 санаторного ліжка дешевше, ніж стаціонарного. Отже, раціонально було б використовувати його можливості для цілорічного функціонування, максимального заповнення ліжок.

Минулого року наповнюваність санаторію склала близько 70%. Через неритмічне фінансування санаторій чотири рази відключався від електропостачання, що повністю паралізувало його роботу (не було подачі води, приготування їжі, прання білизни, опалення), на 56% забезпечено вугіллям, тому опалення припинено 10 лютого. Тобто, він не може працювати цілорічно, що збільшує нераціональні витрати на його утримання. Не враховано реальні потреби санаторію і при складанні кошторису на 2003 рік — на оплату електроенергії передбачено 64% від мінімальної потреби, вугілля 30%.

Кадрове забезпечення.

Не можу оминати і проблему кадрового забезпечення лікарями та середніми медичними працівниками фтизіатричної служби. Воно перебуває у вкрай занедбаному стані. За останнє десятиріччя захворюваність

на туберкульоз в Україні зросла вдвічі, відповідно зросло і навантаження на медичних працівників. А штат медичних працівників скорочено на 20%, причому половина працюючих — особи пенсійного віку, забезпеченість фізичними особами складає 60-70%.

Професія фтизіатра стала вкрай неprestижною та небезпечною. Професійна захворюваність на туберкульоз працівників фтизіатричної служби за 10 років зросла більш як у 26 разів! Якщо у 1990 році було 30 випадків, то у 2000 році — 787, показник захворюваності на туберкульоз у 40-60 разів перевищує загальний показник. Їхня праця не має адекватної оплати, інтелектуально принизлива — посадовий оклад молодого лікаря такий самий, як у двірника. Навіть чинні нормативно-правові акти у сфері соціального захисту медичних працівників стосовно підвищення заробітної плати, дострокового виходу на пенсію тощо, не виконуються. На всі звернення у фінансистів одна відповідь: «немає коштів». Дуже корисно було б для досягнення взаєморозуміння повезти декого з них хоч на коротку екскурсію до протитуберкульозної лікарні!

Дуже шкода, що проблем фтизіатричної служби не хочуть зрозуміти і виявляють байдужість деякі працівники Кабінету Міністрів України, міністерства соціальної політики та праці, міністерства фінансів. Активнішу позицію у питаннях соціального захисту, поліпшення умов та оплати праці фтизіатрів, їх професійної підготовки повинно зайняти і оновлене керівництво Міністерства охорони здоров'я України. Сподіваємося, що і нинішні слухання відіграють позитивну роль у їх вирішенні.

Дякую за увагу.

ПОСТАНОВА ВЕРХОВНОЇ РАДИ УКРАЇНИ

Про Рекомендації парламентських слухань на тему:
«Епідемія туберкульозу в Україні
та шляхи її подолання»

Верховна Рада України **п о с т а н о в л я є:**

1. Схвалити Рекомендації парламентських слухань на тему: «Епідемія туберкульозу в Україні та шляхи її подолання» (додаються).
2. Запропонувати Кабінету Міністрів України до 24 березня 2004 року — Всеукраїнського дня боротьби із захворюванням на туберкульоз — поінформувати Верховну Раду України про стан реалізації Рекомендацій парламентських слухань на тему: «Епідемія туберкульозу в Україні та шляхи її подолання» (далі — Рекомендації).
3. Рекомендувати Раді національної безпеки і оборони України розглянути питання про стан виконання Національної програми боротьби

- із захворюванням на туберкульоз на 2002-2005 роки (643/2001) та здійснення інших заходів, спрямованих на подолання епідемії туберкульозу в Україні, звернувши особливу увагу на повноту та пріоритетність їх фінансування.
4. Запропонувати Генеральній прокуратурі України до 31 грудня 2003 року провести перевірку законності та обґрунтованості продажу, передачі, здачі в оренду майна та земельних ділянок, що належали або перебували в користуванні протитуберкульозних санаторіїв, закриття чи зміни профілю зазначених санаторіїв, розташованих в Автономній Республіці Крим та інших регіонах України. За результатами перевірки вжити відповідних заходів та поінформувати Верховну Раду України до 24 березня 2004 року.
 5. Рахунковій палаті у першому кварталі 2005 року здійснити перевірку ефективності використання коштів Державного бюджету України, виділених на виконання Указу Президента України «Про Національну програму боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002-2005 роки» (643/2001) (далі — Національну програму), а також коштів іноземних кредитів і грантів, наданих Україні згідно з відповідними міжнародними угодами для здійснення протитуберкульозних заходів, і поінформувати Верховну Раду України у другому кварталі 2005 року.
 6. Контроль за виконанням цієї Постанови покласти на Комітет Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства.
 7. Управлінню справами Апарату Верховної Ради України разом із Комітетом Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства протягом липня 2003 року забезпечити в установленому порядку видання збірки матеріалів за результатами парламентських слухань на тему: «Епідемія туберкульозу в Україні та шляхи її подолання».

Голова Верховної Ради України

В. ЛИТВИН

м. Київ, 19 червня 2003 року

Рекомендації парламентських слухань на тему: «Епідемія туберкульозу в Україні та шляхи її подолання»

Учасники парламентських слухань на тему: «Епідемія туберкульозу в Україні та шляхи її подолання», які відбулися 19 травня 2003 року, відзначають, що в Україні в цілому сформовано законодавчу базу, необхідну для

здійснення профілактичних і протиепідемічних заходів з метою недопущення масового поширення захворювань на туберкульоз. Прийнятим 5 липня 2001 року Законом України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» (2586-14) створено належне правове поле. Затверджено низку інших важливих нормативно-правових актів, у тому числі відповідна Національна програма. Упродовж кількох останніх років у Державному бюджеті України окремим рядком передбачається виділення коштів на закупівлю протитуберкульозних препаратів і вакцин.

Незважаючи на це, в Україні зберігається загрозлива тенденція зростання захворюваності населення на туберкульоз, яка щорічно збільшується майже на 10 відсотків і в середньому по країні становить майже 70 випадків на 100 тисяч населення, що в 10-12 разів перевищує показники розвинених країн. А в деяких південно-східних областях (Херсонська, Миколаївська, Дніпропетровська, Луганська, Донецька, Одеська) зазначений показник сягає 80-110 випадків на 100 тисяч населення. Високою залишається й смертність від туберкульозу. За останні 11 років вона зросла з 8 до 20 випадків на 100 тисяч населення, а в деяких регіонах вона майже удвічі вища. Узагальнюючи статистичні дані, можна стверджувати, що в Україні щодня реєструються 82 нових випадки захворювання на туберкульоз, а 30 хворих умирають. За рік туберкульоз забирає життя майже у 10 тисяч наших співвітчизників.

Основними причинами, що призвели до такого масштабного поширення туберкульозу в Україні, є низький рівень життя та санітарної культури, недостатнє й неякісне харчування значних прошарків населення, зростання кількості бездомних і безробітних, недоступність медичної допомоги та ліків, занепад системи охорони здоров'я тощо. Чимало недоліків мають місце в організації та координації протитуберкульозних заходів, а також у роботі органів і закладів охорони здоров'я.

Значний вплив на формування несприятливої епідемічної ситуації із захворюваністю на туберкульоз створюють найбільш вразливі, соціально дезадаптовані та маргінальні групи населення, кількість яких в Україні в період затяжної економічної кризи значно зросла. Ув'язнені, мігранти, особи без певного місця проживання, хронічні хворі на алкоголізм, наркоманію тощо є саме тими групами підвищеного ризику, які відіграють вирішальну роль у поширенні туберкульозу.

Боротьба з туберкульозом в Україні ще не стала одним з пріоритетних напрямів державної політики в соціальній сфері. Не повною мірою виконуються передбачені програмами протитуберкульозні заходи як у масштабах держави, так і на місцях. Недостатню ефективність продемонструвала й створена при Кабінеті Міністрів України Міжвідомча комісія по боротьбі з туберкульозом.

Значну небезпеку щодо поширення туберкульозу становлять заклади пенітенціарної системи, із яких звільняються тисячі хворих на активні

форми туберкульозу. Неефективно ведеться оздоровлення від туберкульозу тваринницьких господарств, продукція яких небезпечна для людей. Багато недоліків існує в організації та проведенні попередніх і періодичних профілактичних медичних оглядів на туберкульоз.

Недостатнє фінансування як усієї системи охорони здоров'я, так і протитуберкульозних закладів, а також заходів, визначених відповідно Національною (643/2001) та регіональними програмами стримує запровадження нових методів раннього виявлення хворих на туберкульоз, їх повноцінного лікування та виключення з епідемічного процесу як джерел туберкульозної інфекції.

Матеріальна база та обладнання протитуберкульозних закладів, навіть порівняно з іншими закладами охорони здоров'я, є чи не найгіршими. Занепадають спеціалізовані протитуберкульозні санаторії, зменшується кількість оздоровлених на їх базі хворих, хоча для них, особливо для дітей, санаторне лікування є дуже важливим етапом на шляху до повного одужання.

Враховуючи, що епідемія туберкульозу в Україні створює реальну загрозу для національної безпеки держави, а для її подолання необхідно консолідувати та скоординувати зусилля усіх центральних і місцевих органів виконавчої влади, Верховна Рада України **рекомендує**:

1. Кабінету Міністрів України:

1) у сфері вдосконалення нормативно-правової бази:

у липні 2003 року розробити та подати на розгляд Верховної Ради України проекти законів України про ратифікацію Угоди про програмний грант між Глобальним фондом боротьби із СНІДом, туберкульозом і малярією та Міністерством охорони здоров'я України, а також про ратифікацію Угоди про кредит Міжнародного банку реконструкції та розвитку на боротьбу з туберкульозом та СНІДом. Вирішити питання щодо створення в апараті Міністерства охорони здоров'я України підрозділу для здійснення контролю за використанням коштів зазначених кредитів і грантів; при розробці проекту Закону України про Державний бюджет України на 2004 рік віднести до захищених статей видатки загального фонду Державного бюджету України на фінансування Національної програми, інших заходів, спрямованих на боротьбу з туберкульозом, а також видатки на оплату комунальних послуг та енергоносіїв для протитуберкульозних закладів і звільнити протитуберкульозні санаторії від сплати податку на землю; у другому півріччі 2003 року внести доповнення до Списку №2, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 16 січня 2003 року №36 (36-2003-п) «Про затвердження списків виробництв, робіт, професій, посад і показників, зайнятість у яких дає право на пенсію за віком на пільгових умовах», включивши до цього Списку лікарів-фтизіатрів;

у вересні 2003 року внести на розгляд Верховної Ради України проект Закону України про внесення змін до Цивільного процесуального кодексу України щодо порядку обов'язкової госпіталізації до протитуберкульозних закладів певних категорій хворих на заразні форми туберкульозу;

- 2) з метою посилення заходів протидії епідемії туберкульозу: активізувати роботу Міжвідомчої комісії по боротьбі з туберкульозом, утвореної згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 28 вересня 2000 року, а також відповідних обласних, міських і районних комісій. Вирішити питання щодо збільшення чисельності структурного підрозділу Міністерства охорони здоров'я України, що забезпечує виконання завдань Міністерства охорони здоров'я України у сфері боротьби з туберкульозом; з урахуванням цих Рекомендацій та надходження коштів іноземних кредитів і грантів внести пропозиції щодо коректив Національної програми в частині збільшення асигнувань на зміцнення матеріально-технічної бази, забезпечення медичним та лабораторним обладнанням і кадрами протитуберкульозних закладів. Забезпечити в повному обсязі фінансування з Державного бюджету України заходів, передбачених Національною програмою (643/2001); зосередити увагу на оснащенні протитуберкульозних закладів сучасним рентгенологічним, ендоскопічним, іншим устаткуванням та обладнанням для діагностики і лікування туберкульозу, визначення чутливості його збудників до лікарських засобів. Забезпечити централізовану закупівлю зазначених устаткування та обладнання за рахунок коштів Державного бюджету України, а також коштів іноземних кредитів і грантів; у рамках виконання Національної програми передбачити розширення наукових досліджень із питань епідеміології туберкульозу, регіональних особливостей його поширення, міграції резистентних збудників тощо, розробити науково обґрунтовану концепцію подолання епідемії туберкульозу в Україні з урахуванням соціально-економічних перетворень у суспільстві, основних напрямів реформування систем охорони здоров'я та соціального захисту населення, економічної, медичної та соціальної ефективності діяльності протитуберкульозної служби тощо. З метою забезпечення наукового супроводу діяльності протитуберкульозних закладів в умовах подолання епідемії туберкульозу передати Інститут фтизіатрії та пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Академії медичних наук України у підпорядкування Міністерства охорони здоров'я України; протягом 2004 року поширити на всі регіони України застосування рекомендованих Всесвітньою організацією охорони здоров'я

принципів стратегії боротьби з туберкульозом «directly observed treatment, short course» (DOTS), застосування яких у Донецькій області та м. Києві дало позитивні результати;

забезпечити збереження мережі та ефективне використання ліжкового фонду протитуберкульозних санаторіїв. Розглянути питання про передачу протитуберкульозних санаторіїв у підпорядкування Міністерства охорони здоров'я України, забезпечити їх належне фінансування за рахунок коштів Державного бюджету України;

вирішити питання щодо закінчення у 2004 році будівництва в Інституті фтизіатрії та пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Академії медичних наук України корпусу для лікування дітей, хворих на туберкульоз, а також щодо створення на базі зазначеного інституту науково-практичного відділення для лікування хворих на позалегеневі форми туберкульозу;

3) для посилення соціального захисту хворих на туберкульоз і працівників протитуберкульозних закладів:

при розробці проекту Закону України про Державний бюджет України на 2004 рік передбачити кошти на підвищення посадових окладів працівників протитуберкульозних закладів у два рази;

установити працівникам протитуберкульозних закладів, які безпосередньо обслуговують хворих на туберкульоз або працюють із матеріалом, що містить чи може містити мікобактерії туберкульозу, надбавку до заробітної плати не нижче 30 відсотків від розміру посадових окладів зазначених працівників;

забезпечувати на пільгових умовах працівників протитуберкульозних закладів путівками для щорічного оздоровлення у санаторіях системи «Укрпрофоздоровниця»;

встановити пільговий тариф на проїзд до спеціалізованих санаторіїв хворих на туберкульоз, а також осіб, які супроводжують хворих на туберкульоз дітей.

2. Міністерству охорони здоров'я України:

до 25 грудня 2003 року визначити групи підвищеного ризику захворювання на туберкульоз, налагодити моніторинг обстеження цих груп і лікування виявлених хворих на туберкульоз;

забезпечити впровадження в практику обстеження сучасним мікробіологічними методами хворих, які звертаються до лікувально-профілактичних закладів загального профілю, з метою раннього виявлення туберкульозу. Налагодити обов'язкове лабораторне дослідження чутливості мікобактерій туберкульозу до початку застосування лікарських засобів;

переглянути тактику лікування хворих на туберкульоз, повніше використовувати амбулаторний метод лікування хворих із неза-

разними формами. Поширити досвід амбулаторного лікування хворих на туберкульоз, що забезпечує безпосередній контроль медичного працівника за кожним прийомом лікарських засобів; оптимізувати використання ліжкового фонду, призначеного для стаціонарного лікування хворих із деструктивними формами туберкульозу; визначити потребу та здійснити організаційні заходи для створення у протитуберкульозних стаціонарах відділень для лікування полірезистентних форм туберкульозу; переглянути навчальні програми закладів освіти та закладів післядипломної освіти медичного профілю, розширивши вивчення фтизіатрії; розширити в 2004 році та наступних роках підготовку в інтернатурі лікарів за спеціальностями «фтизіатрія» та «бактеріологія» для повного укомплектування зазначеними фахівцями протитуберкульозних закладів; посилити санітарну освіту з питань профілактики туберкульозу серед найбільш вразливих груп населення, а також серед учнівської та студентської молоді.

3. Міністерству аграрної політики України:

посилити ветеринарний контроль і нагляд за тваринницькими господарствами, дрібнотоварними виробниками та переробниками тваринницької продукції, а також тваринами, що знаходяться в особистій власності громадян, за пунктами прийому молока від населення тощо з метою попередження поширення туберкульозу через тваринницьку продукцію.

4. Верховній Раді Автономної Республіки Крим, обласним, Київській і Севастопольській міським радам, Раді міністрів Автономної Республіки Крим, обласним, Київській і Севастопольській міським державним адміністраціям, органам місцевого самоврядування:

вивчити реальну потребу в ліжковому фонді для стаціонарного лікування хворих на туберкульоз та провести відповідну його реструктуризацію;

протягом 2003-2004 років вжити заходів для покращення матеріально-технічної бази протитуберкульозних закладів, провести їх ремонт, забезпечити планомірне створення бактеріологічних лабораторій та переоснащення новим рентгенологічним, ендоскопічним та іншим обладнанням для діагностики та лікування туберкульозу;

повніше використати місцеві фінансові можливості, у тому числі кошти благодійних організацій, для покращення харчування хворих на туберкульоз, які лікуються у протитуберкульозних стаціонарах, довівши у 2004 році витрати на харчування до нормативів, встановлених Кабінетом Міністрів України;

створити у кожному регіоні на базі протитуберкульозних закладів стаціонари (відділення) для утримання та лікування хворих на туберкульоз із числа соціально дезадаптованих осіб, місцеві хоспіси для зазначеної категорії хворих, а також стаціонари (відділення) для лікування хворих на полірезистентні форми туберкульозу; забезпечити безоплатний проїзд у всіх видах міського та приміського транспорту (крім таксі) працівникам протитуберкульозних закладів у межах району обслуговування, а також хворим на туберкульоз — до лікувального закладу та у зворотному напрямі — за рішенням відповідної лікарсько-консультативної комісії; протягом 2004 року закінчити оформлення та видачу спеціалізованим санаторно-курортним закладам, незалежно від їх підпорядкування, у тому числі протитуберкульозним санаторіям, державних актів на право постійного користування земельними ділянками, включаючи пляжну зону, а також передачу до комунальної власності місцевих громад об'єктів житлового фонду, що належать зазначеним закладам; забезпечити координацію та налагодити ефективний контроль за діяльністю громадських організацій та фондів гуманітарного спрямування, у тому числі у сфері боротьби з туберкульозом.

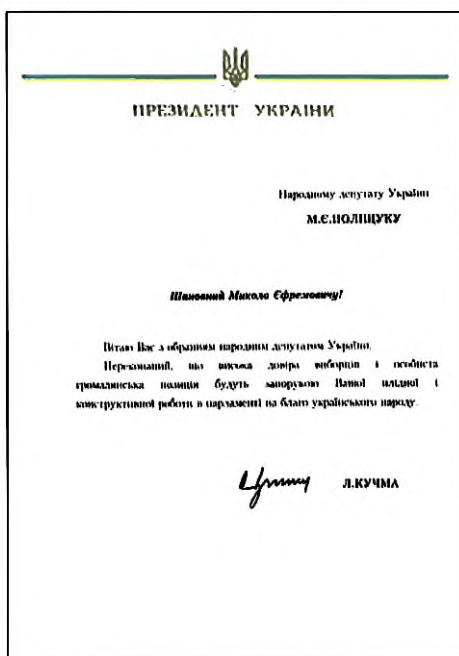


фото 46
М. Є. Поліщук —
депутат Верховної Ради
України



фото 47
Прийняття присяги на
вірність Україні



фото 49

З лідером фракції «Наша Україна» В. А. Ющенком,
2002 р.



фото 50

Важливе питання

фото 51
В сесійній залі: Ярослав
Стецько, Євген Гірник,
Микола Поліщук, Петро
Ющенко, Павло
Жебрівський,
2002 р.



фото 52
Виступ з трибуни
Верховної Ради України

фото 48
Голова Верховної Ради
України В. Литвин та
народний депутат
М. Поліщук



НАУКОВА ДІЯЛЬНІСТЬ

ПЕРЕЛІК НАУКОВИХ ПРАЦЬ

ПОЛІЩУКА МИКОЛИ ЄФРЕМОВИЧА

МОНОГРАФІЇ

1. **Черепно-мозговая травма при алкогольной интоксикации.**
Киев, Здоровье, 1982, 189 с.
Ромоданов А. П., Педаченко Г. П., Полищук Н. Е.
2. **Черепно-мозговая травма и ѓбщесоматическая патология.**
Здоровье. Киев, 1992., 152 с.
Ромоданов А. П., Педаченко Г. А., Педаченко Е. Г., Полищук Н. Е.
3. **Особливості цереброваскулярної патології.**
В кн. Пострадиационная энцефалопатия. Под ред.
А. П. Ромоданова, 1993. 223 с.
Поліщук М. Є., Зозуля І. С.
4. **Нейротравматология**
Справочник. Москва ИПЦ, «Вазар-Ферро», 1994. 415 с
В соавт.
5. **Неотложная медицинская помощь.**
Киев «Вища школа», 1995. 125 с
В соавт.
6. **Клінічна та судово-медична експертиза черепно-мозкових ушкоджень.**
Київ. «ТОН», 1996. 118 с.
Поліщук М. Є., Верховглядова Т. П., Лісовий А. С., Шевчук В. А.

7. **Огнестрельные ранения головы.**
Киев, ТОН», 1996. 120 с.
Полищук Н. Е., Старча В. И.
8. **Практическая неврология: неотложные состояния.**
Здоровье, 1996. 208 с.
Полищук Н. Е.
9. **Черепно-мозговая травма.**
Травма. Сборник рефератов, 1996. 170 с.
Полищук Н. Е., Трещинский А. И.
10. **Клиническое руководство по черепно-мозговой травме.**
М., Антидор, 1998. Т.1. 550 с.
Полищук Н. Е. и др.
11. **Принципы ведения больного в неотложной неврологии и нейрохирургии.**
Краткое руководство. Справочник для врачей. Киев, 1998. 83 с.
Полищук Н. Е., Рассказов С. Ю.
12. **Нейротравматология (справочник).**
Феникс Ростов на Дону, 1999. 575 с.
В соавт.
13. **Алкогольная интоксикация в клинике неотложной нейрохирургии и неврологии.**
Киев, 2000. 206 с.
Полищук Н. Е., Педаченко Г. А., Полищук Л. Л.
14. **Клиническое руководство по черепно-мозговой травме (Под ред. А. Н. Коновалова, Л. Б. Лихтермана, А. А. Потапова)**
М.: Антидор, 2001. Т2. 675 с.
Полищук Н. Е., и др.
15. **Повреждения позвоночника и спинного мозга (механизмы, клиника, диагностика, лечение).**
К., Книга-плюс, 2001. 387с.
Полищук, Н. Е., и др.
16. **Хирургическое лечение дискогенных радикуломиелопатий шейного отдела позвоночника.**
К., Книга-плюс, 2004. 140 с.
Полищук Н. Е., Слынько Е. И., Хоттейт Н.
17. **Особенности черепно-мозговой травмы у детей.**
В кн. Интенсивная терапия в педиатрии.
Киев, Здоровье, 2004. 585 с.

УЧБОВІ ПОСІБНИКИ

1. **Клиника, диагностика и лечение черепно-мозговой травмы, сопровождающейся алкогольной интоксикацией.**
Учебное пособие для врачей-курсантов. Лен. ГИДУВ, 1984. 21с
Земская А. Г., Педаченко Г. А., Полищук Н. Е., Рябуха Н. П.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. **Методические рекомендации по клинике, диагностике и лечению больных с острыми субдуральными гематомами при алкогольной интоксикации.**
МЗ УССР, Киев, 1975. 18с.
В соавт.
2. **Методические рекомендации по диагностике и лечению ушибов головного мозга.**
Киев, 1978. 17с.
Педаченко Г. А., Дунаевский А. Е., Орлов Ю. А., Педаченко Е. Г., Полищук Н. Е.
3. **Методические рекомендации по диагностике и лечению внутричерепных гематом.**
Киев, 1981. 25с.
Ромоданов А. П., Педаченко Г. А., Педаченко Е. Г., Полищук Н. Е., Баюн В. Н.
4. **Диагностика, профилактика и лечение инфекционных осложнений при черепно-мозговой травме у детей на этапах медицинской эвакуации.**
Методические рекомендации, Киев, 1987. 21с.
Ромоданов А. П., Скобский Е. И., Полищук Н. Е.
5. **Диагностика и лечение больных с сочетанной черепно-мозговой травмой на госпитальном этапе.**
Метод. рекомендации, Киев, 1987. 28с.
Ромоданов А. П., Полищук Н. Е., Барамия Н. Н.,
6. **Диагностика, профилактика и лечение инфекционных осложнений при черепно-мозговой травме у детей на этапах медицинской эвакуации.**
Методические рекомендации, Киев, 1987. 21с.
В соавт.

7. **Диагностика и лечение больных с сочетанной черепно-мозговой травмой на госпитальном этапе.**
Методические рекомендации. Киев, 1987. 28с.
Полищук Н. Е.
8. **Диагностика и оказание помощи больным с сочетанной черепно-мозговой травмой на госпитальном этапе.**
Методические рекомендации, Киев, 1988. 20с.
В соавт.
9. **Диагностика и оказание помощи больным с сочетанной черепно-мозговой травмой на догоспитальном этапе.**
Метод. рекомендации, Киев, 1989. 11с.
Ромоданов А. П., Полищук Н. Е., Барамия Н. Н., Пугачев А. Д.
10. **Восстановление функции мочевого пузыря при позвоночно-спинномозговой травме.**
Метод. рекомендации, Киев, 1989. 20с.
Курилец И. П., Полищук Н. Е., Колесников Г. Ф., Пирогов В. А.
11. **Показания к повторным хирургическим вмешательствам в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы.**
Метод. рекомендации. Горький, 1990. 13 с.
Фраерман А. П., Арефьев В. А., Кравец Л. Я., Лебедев А. В., Зотов Ю. В., Полищук Н. Е.
12. **Периодизация течения черепно-мозговой травмы.**
Методические рекомендации, М., 1991. 12 с.
Лихтерман Л. Б., Ромоданов А. П., Доброхотова Т. А., Касумова С. Ю., Потапов А. А., Ромоданов А. П., Полищук Н. Е., Лисяный Н. И.
13. **Клиническая классификация последствий черепно-мозговой травмы.**
Методические рекомендации, М., 1991. 29 с.
В соавт.
14. **Діагностика та лікування хворих з хребетноспинномозковою травмою.**
Методичні рекомендації, Київ, 1997. 21с.
Поліщук М. Є., Фіщенко В. Я., Улещенко В. А., Солоний В. І., Сташкевич А. Т.

НАУКОВІ СТАТТІ ТА ТЕЗИ

1. **Клинико-диагностическое значение количественного определения алкоголя у больных с черепно-мозговой травмой.**
В кн.: IX Всесоюзная конф. молодых нейрохирургов, Кишинев, 1972. С.124-127.
Полищук Н. Е.
2. **К методике количественного определения в крови, ликворе и моче при черепно-мозговой травме.**
В кн.: IX Всесоюзная конф. молодых нейрохирургов, Кишинев, 1972. С.127-130.
Полищук Н. Е.
3. **Течение острой черепно-мозговой травмы при алкогольной интоксикации.**
В кн.: Материалы научн. конф. нейрохирургов УССР, Запорожье, 1972. С.43-44.
Дзевалтовская А. Г., Полищук Н. Е.
4. **Клиника и диагностика субдуральных гематом у больных, получивших травму в состоянии алкогольного опьянения.**
В кн.: Материалы научн. конф. нейрохирургов УССР, Запорожье, 1972. С.126-128.
Полищук Н. Е.
5. **Черепно-мозговая травма и алкогольная интоксикация.**
Матер. I научн. конф. нейрохирургов Казахстана и респ. Средней Азии, Алма-Ата, 1973. С.163-165.
Ромоданов А. П., Полищук Н. Е.
6. **Диагностическое и прогностическое значение вегетативных расстройств в динамике тяжелой черепно-мозговой травмы, осложнившейся оболочечными гематомами.**
Матер. I научн. конф. нейрохирургов Казахстана и респ. Средней Азии, Алма-Ата, 1973. С.157-160.
Полищук Н. Е., Педаченко Е. Г.
7. **Особенности диагностики субдуральных гематом у больных, получивших черепно-мозговую травму в состоянии алкогольного опьянения.**
Клиническая хирургия, 1974, № 10. С.16-19.
Педаченко Г. А., Полищук Н. Е.

8. **Лечение больных с острыми травматическими субдуральными гематомами на фоне алкогольной интоксикации**
В кн.: X Всесоюзная конф. молод. нейрохирур., Калуга, 1974., С.240-244.
Полищук Н. Е.
9. **О диагностике и хирургическом лечении больных с множественными травматическими внутричерепными гематомами.**
В кн.: X Всесоюзная конф. молод. нейрохирур., Калуга, 1974. С.236-240.
Педаченко Е. Г., Полищук Н. Е.
10. **Лечебная тактика у больных с черепно-мозговой травмой и алкогольной интоксикацией.**
Вопросы нейрохирургии, №2, 1975. С.13-17.
Ромоданов А. П., Педаченко Г. А., Полищук Н. Е.
11. **Диагностика острых травматических гематом, сочетающихся с ушибами головного мозга.**
В кн.: научн. конф. нейрохирургов УССР, Киев, 1975. С.67-69.
Полищук Н. Е., Лященко Д. С.
12. **Хирургическое лечение ушибов головного мозга**
В кн.: научн. конф. нейрохирургов УССР, Киев, 1975. С.67-69.
Полищук Н. Е.
13. **Изменения кишечной флоры при острой черепно-мозговой травме.**
В кн.: II Всесоюзн. съезд нейрохир.Тез.докл. М., 1976. С.326-328.
Ромоданов С. А., Ивкина О. В., Полищук Н. Е.
14. **Лечебная гипотермия при нарушениях терморегуляции в остром периоде черепно-мозговой травмы.**
В кн.: Применение низких темпер. в клинической практике М.,1977. С.6-9.
Дунаевский А. Е., Полищук Н. Е., Дунаевская С. Г., Андрейко Р. Л.
15. **Клинико-электро-физиологическая характеристика органических повреждений головного мозга при травматических субарахноидальных кровоизлияниях.**
Респ.межвед. сб. нейрохирургия, Киев, Здоровье, 1977. В.10. С.94-98.
Ромоданов С. А., Андрейко Р. Л., Дунаевский А. Е., Дунаевская С. Г., Полищук Н. Е.
16. **Клиника и диагностика субдуральных гематом в остром периоде черепно-мозговой травмы.**
Респ.межвед. сб. нейрохирур., Киев, Здоровье, 1977. В.10. С.42-45.
Лященко Д. С. Марченко Л. И. Пастушин А. И. Полищук Н. Е.

17. **Временная утрата трудоспособности при сердечно-сосудистых заболеваниях работников сельского хозяйства в зависимости от климатометеорологических факторов.**
Врачебное дело. С.95-97.
Митюк А. Г., Полищук Н. Е.
18. **Интенсивная терапия при стволовых нарушениях у больных с черепно-мозговой травмой.**
В кн.: научн. конф. нейрохирургов УССР, Днепропетровск, 1978. С.112-113.
Полищук Н. Е., Яроцкий Р. Ю.
19. **Интенсивная терапия интраваскулярных операций по поводу сосудистых заболеваний головного мозга.**
В кн.: научн. конф. нейрохирургов УССР, Днепропетровск, 1978. С.135-137.
Щеглов В. И., Полищук Н. Е.
20. **Сравнительная оценка паллиативных операций в борьбе с витальными нарушениями у больных с ушибами головного мозга.**
В кн.: Реанимация при тяжелой черепно-мозговой травме. М., 1978. С.45-47.
Педаченко Г. А., Педаченко Е. Г., Полищук Н. Е.
21. **Исследование реактивности и саморегуляции мозгового кровотока у больных с ушибами головного мозга.**
В кн.: XI Всесоюзная конф. молодых нейрохир.М., 1978. С.50-52.
Полищук Н. Е., Зурахов Е.И.
22. **Особенности хирургического лечения ушибов головного мозга у лиц пожилого и старческого возраста.**
Клиническая хирургия, 1979; № 12. С.44-45.
Педаченко Г. А., Дунаевский А. Е., Орлов Ю. А., Педаченко Е. Г., Полищук Н. Е., Цимейко О. А.
23. **О некоторых прогностических критериях при ушибах головного мозга**
В кн.: Пути повышения эффектив. лечебных мероприят., М., 1979. С.60-61.
Педаченко Е. Г., Полищук Н. Е.
24. **Диагностика и лечение травматических внутримозговых гематом.**
В кн.: Пути повышения эффектив. лечебных мероприят., М., 1979. С.62-63.
Полищук Н. Е., Таверас Л.Л., Альварес Р.А.
25. **Механизмы развития внутричерепных повреждений в зависимости от травмирующей силы.**
В кн.: Респ. конф. молодых ученых медиков УССР, Львов, 1979. С.94.
Таверас Л., Полищук Н., Альварес Р.

26. **Возрастные особенности изменения гидроэлектrolитного обмена в остром периоде черепно-мозговой травмы.**
В кн.: Респ. конф. молодых ученых медиков УССР, Львов, 1979. с.104.
Шаповалов Ю. В., Полищук Н. Е., Розуменко В. Д.
27. **Хирургическое лечение менингиом блонментахова ската.**
В кн.: нейрох. Респуб., межвед. сб. Вып. 12, Киев, Здоровье, 1979. С.74-78.
Педаченко Г. А., Полищук Н. Е., Педаченко Е. Г.
28. **Вопросы повышения точности быстрого действия и оценки информативных параметров биологически активных точек кожи.**
В кн.: Психологическое состояние человека и информативность биологически активных точек кожи. С.14-15.
Богатырь А. И., Осыка В. А., Зотов В. Б., Богданов Г. Б., Лященко Д. С., Кучерук Н. Д., Полищук Н. Е.
29. **Клиническое течение ушибов полушарий мозга у больных различных возрастных групп.**
В кн.: Нейрохирург. Респ. межвед. сб. Киев. Здоровье, 1980. С.29-33.
Дунаевский А. Е., Полищук Н. Е., Зозуля Л. Н.
30. **Хирургическое лечение ушибов головного мозга у лиц пожилого и старшего возраста.**
В кн.: Нейрохирург. Респ. межвед. сб. Киев. Здоровье, 1980. С.6-9.
Педаченко Г. А., Дунаевский А. Е., Орлов Ю. А., Педаченко Е. Г., Полищук Н. Е., Цимейко О. А.
31. **Исследование реактивности, саморегуляция мозгового кровотока у больных с ушибами головного мозга различной локализации.**
Клиническая хирургия, 1980 №1. 71с.
Педаченко Г. А., Зурахов Е.Н., Полищук Н. Е.
32. **К диагностике посттравматических внутримозговых гематом.**
Врачебное дело 1980, №8. С.97-99.
Таверас Л. Л., Полищук Н. Е., Альварес Р.
33. **Некоторые вопросы нейротравматизма у больных старше 50 лет.**
Врачебное дело, 1980, №6. С.93-96.
Шаповалов Ю. В., Соболюк М. А., Полищук Н. Е.
34. **Методы статистической обработки эвристической медицинской информации.**
Учет статистики при оптимизации отраслевых систем: Сб. научн. трудов. Новосибирск, 1980. С.116-125.
Музлаев Г. Г., Полищук Н. Е.
35. **Особенности диагностики черепно-мозговых повреждений у лиц пожилого и старческого возраста.**
В кн.: Науч. конф. нейрох. УССР Харьков, 1981. С.84-86.
Полищук Н. Е.

36. **Импедансометрический контроль выраженности отека и набухания мозга в раннем послеоперационном периоде.**
В кн.: Науч.конф.нейрох.УССР. Харьков, 1981. С.184-186.
Сергинко Т. М., Полищук Н. Е., Клищевский В. Н., Морозов А. Н.
37. **Некоторые особенности клинического течения, диагностики и лечения травматических внутримозговых гематом.**
В кн.:Науч.конф.нейрох.УССР. Харьков, 1981. С.43-47.
Таверас Л., Полищук Н. Е., Альварес Р.
38. **Клиническое течение и диагностика травматических внутримозговых гематом у больных старше 50 лет.**
В кн.: Науч. конф. нейрох. УССР. Харьков, 1981. С.101-102.
Таверас Л., Полищук Н. Е., Альварес Р.
39. **Электролитовыделительная функция почек в остром периоде сотрясения головного мозга.**
Врачебное дело 1981, №3. С.46-50.
Шаповалов Ю. В., Ромоданов С. А., Полищук Н. Е.
40. **Хирургическое лечение при продолженном росте злокачественных опухолей головного мозга.**
В кн.: Нейрохир. Респ. межв. сб. вып.14, Киев, Здоровье, 1981. С.23-26.
Педаченко Г. А., Дунаевский А. Е., Педаченко Е. Г., Полищук Н. Е., Орлов Ю. А.
41. **Черепно-мозговые травмы и отравление алкоголем.**
Беседа для больничных радиоузлов. М., 1981. 0,25
Педаченко Г. А., Полищук Н. Е.
42. **Черепно-мозгова травма при алкогольной интоксикации.**
Киев, Здоровье 1982. 182с.
Ромоданов А.П., Педаченко Г. А., Полищук Н. Е.
43. **Изменение мозгового кровообращения у больных с сотрясением головного мозга при алкогольном опьянении.**
Вр. дело, 1982, №2. С.75-77.
Харченко А. П., Полищук Н. Е., Усатов С. А.
44. **Достижения современной нейрохирургии.**
Пресс-бюллетень для респ.и обл. газет. 0,25
Педаченко Г. А., Полищук Н. Е.
45. **Нарушения мозгового кровотока у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой.**
В кн.:Нейрохир. Респ. межвед. сб. Киев. Здоровья,1982, в.15. С.8-12.
Педаченко Г. А., Полищук Н. Е.
46. **Мозговая гемодинамика и метаболизм у больных с черепно-мозговой травмой при алкогольной интоксикации.**
В кн.:Нейрохир. Респ. межвед. сб. К. Здоровья,1982, в.15. С.17-21.
Полищук Н. Е., Бакшеева Л. И., Бурунсус В. Д.

47. **Возрастные особенности мозговой гемодинамики травматических внутричерепных гематомах.**
В кн.: Нейрохир. Респ. межвед. сб. Киев. Здоровья, 1982, в.15. С.4.
Педаченко Г. А., Дунаевский А. Е., Куликова М. В.,
Яхненко Г. М., Харченко А. П., Дунаевская С. Г., Полищук Н. Е.
48. **Возрастные особенности диагностики травматических гематом.**
В кн.: Ш Всесоюзный съезд нейрохир. М., 1982. С.88-89.
Полищук Н. Е.
49. **Особенности диагностики травматических внутричерепных гематом у лиц пожилого и старческого возраста.**
Врачебное дело 1983, №12. С.74-76.
Педаченко Г. А., Миргородский О. А., Полищук Н. Е.
50. **Влияние алкогольной интоксикации на регионарный мозговой кровоток и местную сосудистую реактивность при черепно-мозговой травме.**
Врачебное дело, 1983, №3. С.68-71.
Ромоданов С. А., Спиридонова М. В., Полищук Н. Е.
51. **Коварный убийца**
Пресс-бюллетень для респ. и обл. газет: М., 1981. 0,25 л.
Педаченко Г. А., Полищук Н. Е.
52. **Коварный обманщик**
Вечерняя Москва, 1982, 7 августа.
Педаченко Г. А., Полищук Н. Е.
53. **Симптомы поражения ствола мозга как критерий тяжести черепно-мозговой травмы.**
В кн.: Актуальн. вопросы анестез. Киш., 1983. С.146-147.
Педаченко Г. А., Ромоданов С. А., Полищук Н. Е.,
Дунаевский А. Е., Макеева Т. И.
54. **Отдаленные результаты лечения больных с ушибами полушарий большого мозга.**
В кн.: Научн. конф. нейрохир. УССР, Одесса, 1984. С.77-79.
Педаченко Г. А., Педаченко Е. Г., Полищук Н. Е., Кеворков Г. А.
55. **Импедансометрический контроль отека и набухания мозга в динамике течения тяжелой черепно-мозговой травмы.**
В кн.: Научн. конф. нейрохир. УССР, Одесса, 1984. С.96-98.
Сергиенко Т. М., Бродская И. А., Полищук Н. Е.
56. **Импедансометрия как метод прижизненного контроля динамики развития отека и набухания мозга в раннем посттравматическом периоде.**
В кн.: Актуальн. вопр. нейрохир. Тез. докл. 2-го съезда невропат. нейрох. и психиатр. Эст.ССР, Таллин, 1984. С.139-141.
Сергиенко Т. М., Полищук Н. Е., Верхоглядов Ю. П.,
Кравец Р. Д., Солодаренко А. Г.

57. **Раздельная импедансометрия, как метод прижизненного контроля динамики развития отека и набухания мозга в раннем послеоперационном периоде.**
В кн.: Актуальн. вопр. неврологии и нейрохир. Тез. докл. 2-го съезда невропат. нейрох. и психиатр. Эст. ССР, Таллин, 1984. С.139-142.
Полищук Н. Е.
58. **Диагностические возможности реоэнцефалографии у больных молодого возраста с сотрясением головного мозга при алкогольной интоксикации.**
В кн.: Респ. междувед. сб. Киев, Здоровье, 1984, в.17. С.31-34.
Усатов С. А., Бондарь В. П., Полищук Н. Е.
59. **Компьютерно-томографическая характеристика черепно-мозговых повреждений.**
Врачебное дело, 1985, №9. С.4
Ромоданов А. П., Педаченко Е. Г., Полищук Н. Е.,
Педаченко Е. Г., Сорочинский Ц. М., Робак О. П., Витте А. Н.
60. **Хирургическое лечение контузионных очагов у пострадавших различных возрастных групп.**
Вопр. нейрохир. 1986, № 3. С.27-30.
Педаченко Г. А., Педаченко Е. Г., Дунаевский А. Е., Орлов Ю. А.,
Кеворков Г. А., Полищук Н. Е.
61. **Нейротравма и борьба за трезвый образ жизни**
Вопр. нейрохир. 1986, №4. С.3-6.
Педаченко Е. Г., Полищук Н. Е.
62. **Некоторые особенности диагностики и лечения множественных повреждений при дорожно-транспортных происшествиях.**
В кн.: Политравма Тез. докл. обл. науч. практ. конф, Харьков, 1986. С.78-80.
Полищук Н. Е., Барамия Н. Н., Кукуруза Я. С., Ерш Д. П.,
Харченко В. Г.
63. **Декомпрессия при травме позвоночника и спинного мозга в остром периоде.**
В кн.: Политравма Тез. докл. обл. науч. практ. конф, Харьков, 1986. С.92-93.
Полищук Н. Е., Ерш Д. П., Комарницкий С. В.
64. **Дифференцированное хирургическое лечение лиц различного возраста с ушибами головного мозга.**
В кн.: Нейрохирургия Респ. междувед. сб. Киев, Здоровье, 1987, в.20. С.77-80.
Полищук Н. Е., Верхоглядова Т. С., Кеворков Г. А.

65. **Организация неотложной нейрохирургической помощи.**
В кн.: Матер. I научн. практ.-конф. вр. скор. помощи Молд. ССР, Кишинев, 1987. С.69-70.
Ромоданов А.П., Полищук Н. Е.
66. **Неотложные мероприятия и интенсивная терапия у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой.**
В кн.: Матер. I научн. практ.-конф. вр. скор. помощи Молд. ССР, Кишинев, 1987. С.192-194.
Полищук Н. Е., Турта А.Л., Божий В.Б.
67. **Возрастные особенности мозговой гемодинамики при травматических внутричерепных гематомах**
Нейрохирургия: Респ. межвед. сб. Киев, Здоровья, 1984, вып.17. С.34-38.
Педаченко Г. А., Даниленко Г.С., Спиридонова М.В., Цимейко О.А., Полищук Н. Е.
68. **Ошибки в диагностике и лечении травматических повреждений периферических нервов.**
Клиническая хирургия, 1987, №12. С.54-55.
Станиславский В.Г., Шрамко В.И., Полищук Н. Е.
69. **Дифференцированное хирургическое лечение лиц различного возраста с ушибами головного мозга.**
В кн.: Нейрохир. Респ. межвед. сб. Киев, Здоровье, 1987, в.20. С.77-80
Полищук Н. Е.
70. **Организация неотложной нейрохирургической помощи.**
В кн.: Матер. I научн.-практ. конф.врачей скорой помощи Молд. ССР, Кишинев, Тимпул, 1987. С.69-70.
Полищук Н. Е.
71. **Неотложные мероприятия и интенсивная терапия у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой.**
В кн.: Матер. I научн.-практ. конф.врачей скорой помощи Молд. ССР, Кишинев, Тимпул, 1987. С.192-194.
Полищук Н. Е.
72. **Ошибки в диагностике и лечении травматических повреждений периферических нервов.**
Клин.хирургия, 1987, №12. С.54-55.
В соавт.
73. **Диагностика, профилактика и лечение инфекционных осложнений при черепно-мозговой травме у детей на этапе медицинской эвакуации.**
Экспресс-информация, 1988, вып.6. С.1-5.
Ромоданов А.П., Скобский Е. И., Полищук Н. Е.

74. **Последствия легкой черепно-мозговой травмы у подростков и юношей**
Врачебное дело, № 7, 1988. С.82-84.
Полищук Н. Е.
75. **Профилактика и лечение инфекционно-воспалительных осложнений черепно-мозговой травмы у детей на этапах медицинской эвакуации.**
В кн.: Актуальн. вопросы военной травмат. ЦНИТО им. Н. Н. Приорова, М., 1988. в.19. С.63-68.
Ромоданов А. П., Имшенецкая В. Р., Ормантаев К. С., Полищук Н. Е., Скобский Е. И.
76. **Инфекционно-воспалительные осложнения при черепно-мозговой травме у детей.**
В кн.: Актуальн. вопросы военной травмат. ЦНИТО им. Н.Н.Приорова, М., 1988. в.19. С.68-72.
Ромоданов А. П., Имшенецкая В. Р., Ормантаев К. С., Скобский Е. И., Полищук Н. Е.
77. **Отек и набухание головного мозга и их роль в развитии отдаленных нервнопсихологических последствий черепно-мозговой травмы.**
IV Всесоюзн. съезд невропат. психиатров и наркологов. М., 1988, т.3. С.459-460.
Сергиенко Т.М., Спасиченко П.В., Полищук Н. Е.
78. **Последствия легкой черепно-мозговой травмы у подростков и юношей (по данным пневмоэнцефалографии).**
IV Всесоюзн. съезд невропат. психиатров и наркологов. М., 1988, т.3. С.455-457. ~
Квасницкий Н. В., Полищук Н. Е., Руденко В. А., Скляр А. А.
79. **Послеоперационное ведение больных с острой травмой позвоночника и спинного мозга.**
Нейрохирургия: Респ. межвед. сб. К.; Здоров'я, 1988, вып.21. С.101-104.
Полищук Н. Е., Деркач В. Н., Курилец И. П., Прокопенко В. И., Савран Н. Ф., Саблина Л. И.
80. **Тактика лечения больных с позвоночно-спинномозговой травмой в остром периоде.**
IV Совместный симпозиум обществ нейрохир. ГДР и ССР, Эрфурм, 1988. С.1
Педаченко Г. А., Полищук Н. Е., Кеворков Г. А., Смалюх Ю.В.
81. **Диагностика ушибов головного мозга у лиц различного возраста.**
IV Всесоюзн. съезд нейрохирургов, Л., 1989. С.72-73.
Полищук Н. Е., Верхоглядова Т. П., Комарницкий С. В., Смоленка В. И.

- 82. Особенности хирургического лечения ушибов головного мозга у лиц различного возраста.**
IV Всесоюзн. съезд нейрохирургов, Л., 1989. С.71-72.
Педаченко Г. А., Полищук Н. Е., Кеворков Г. А., Смалюх Ю. В.
- 83. Особенности лечения пневмоний у детей с тяжелой черепно-мозговой травмой.**
В кн.: Вопросы детской травматологии. С.72-78.
Боровской В. В., Шехтер В. П., Полищук Н. Е., Орлов Ю. А.
- 84. Электрокардиограмма у больных с легкой черепно-мозговой травмой.**
Врачебное дело, 1989, №6. С.78-81.
Полищук Н. Е., Насалик Б. Г., Скляр А. А.
- 85. Последствия легкой, черепно-мозговой травмы, перенесенной в подростковом и юношеском возрасте.**
В кн.: Тез. обл. научн. практ. конф. «Современная периодизация черепно-мозговой травмы». Харьков, 1989. С.56-58.
Полищук Н. Е., Квасницкий Н. В., Скляр А. А., Лях Л. Л.
- 86. Клиническое течение травматической болезни головного мозга у лиц старших возрастных групп.**
В кн.: Тез. обл. научн. практ. конф. «Современная периодизация черепно-мозговой травмы». Харьков, 1989. С.59-60.
Полищук Н. Е., Ромоданов С. А.
- 87. Изменения подбололочечных пространств и желудочков мозга в отдаленном периоде легкой черепно-мозговой травмы.**
В кн.: Тез. обл. научн. практ. конф. «Современная периодизация черепно-мозговой травмы». Харьков, 1989. С.54-56.
Полищук Н. Е., Квасницкий Н. В., Скляр А. А., Кеворков Г. А.
- 88. Случай успешного лечения тяжелого сочетанного повреждения позвоночника и спинного мозга.**
Ортопедия, травматология и протезирование №5, 1989. С.50-56.
Полищук Н. Е., Бурунсус В. Д., Резник А. Л.
- 89. Последствия ушибов головного мозга у лиц различного возраста.**
В кн.: Респ. межвед. сб. Киев, вып.22., Здоровье, 1989. С.69-71.
Полищук Н. Е., Верхоглядова Т. П., Макеся Т. И.
- 90. Лечение ишемических нарушений головного мозга.**
В кн.: Конструктивная сосудистая хирургия при ишемии головного мозга. Рига, РМИ, 1989. С.71-74.
Полищук Н. Е., Никитчин В. П., Руденко Б. А., Каминский А. А.
- 91. Посттравматическая гематома червя мозжечка.**
Вопросы нейрохирургии, №1, 1989. С.50-51.
Полищук Н. Е., Робак О. П., Ерш Д. П., Шрамко В. И.

- 92. Реабилитация мероприятия в раннем периоде позвоночно-спинномозговой травмы.**
В кн.: Фундаментальные и прикладные вопросы реабилитации больных с позвоночно-спинномозговой травмой. Киев, 1989. С.146-151.
Полищук Н. Е., Ерш Д. П., Деркач В. Н.
- 93. Отдаление последствия легкой черепно-мозговой травмы, перенесшей в подростковом и юношеском возрасте.**
В кн.: Неврология и психиатрия: Респуб.межвед. сб. Киев, Здоровье, 1989, в.18. С.96-98.
Полищук Н. Е., Квасницкий Н. В., Спирид М. В., Хозяинов В. В.
- 94. Определение содержания микроэлементов в ликворе методом эмиссионной спектроскопии.**
Лабораторное дело, 1989, №11. С.76.
Васильева И. Г., Назаренко Н. П., Смоланка В. И., Полищук Н. Е.
- 95. Отдаленные последствия травм головы, шеи, осложненной стенозирующими и окклюзирующими поражениями магистральных сосудов.**
В кн.: «Проблемы отдаленные последствия черепно-мозговой травмы», Харьков, 1989. С.64-66.
Цимейко О. А., Полищук Н. Е., Попова И. Ю., Деньгуб В. В.
- 96. Клинико-морфологическая характеристика ушибов головного мозга у больных различных возрастных групп.**
Вопросы нейрохирургии, 1990, №3. С.3.
Ромоданов А. П., Верховлядова Т. П., Полищук Н. Е.
- 97. Особенности высшей нервной деятельности у лиц после легкой черепно-мозговой травмы.**
Врачебное дело, 1990, №3. С.93-94.
Полищук Н. Е., Деньгуб В. В.
- 98. Некоторые особенности ушибов мозга у детей.**
В кн.: Матер. IV респ. научн. практ. конф. детских хирургов, Алма-Ата, 1990. С.43-45.
В соавт.
- 99. Принципы оказания помощи больным с сочетанной позвоночно-спинномозговой травмой.**
В кн.: Медицина катастроф. М.,1990. С.209.
В соавт.
- 100. Рентгенэровоскулярная дилатация сосудов каротидного бассейна при острых ишемических нарушениях мозгового кровообращения..**
Forum Neurochirurgicum, Balticum V (Tallin 1990): Excerpta. — Tallin, 1990. С.120-123.
Полищук Н. Е., Король С. А., Никитчин В. П., Рубленник М. И.

- 101. Структура летальности при политравме и перспективы ее снижения.**
Клиническая хирургия, 1990, №4. С.6-7.
Пугачев А. Д., Барамия Н. Н., Полищук Н. Е., Руденко Б. Н.
- 102. Клиника и диагностика сочетанных множественных повреждений при легкой черепно-мозговой травме.**
В кн.: Нейрохирургия Респ. межвед. сб. Киев, Здоровье, в.23. 1990. С.24-27.
Полищук Н. Е., Воробей А. В., Харченко В. Г.
- 103. Гериатрические аспекты периодизации черепно-мозговой травмы.**
Вопросы нейрохирургии, 1990, №6. С.21-23.
Полищук Н. Е., Ромоданов С. А.
- 104. Способ лечения поврежденного нерва и устройство для его осуществления.**
II Киевская междунар. научн. практ. конф. избирателей «Наука и производство здравоохранения». Киев, 1990. С.21.
Полищук Н. Е., Шрамко В. И., Сулий Н. Н.
- 105. Динамический контроль выраженности отека и набухания мозга методом раздельной импедансометрии у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой.**
Вопросы нейрохирургии, №5, 1990. С.10-13.
Сергиенко Т. М., Полищук Н. Е., Бродская И. А., Спасиченко П. В., Кеворков Г. А.
- 106. Нейрохирургическое лечение посттравматической гидроцефалии**
В кн.: Механизмы адаптационного процесса в остром периоде ЧМТ. Новосибирск, 1990.
В соавт.
- 107. Мультиадаптивная регуляция вегетативных функций при легкой черепно-мозговой травме.**
В кн.: Механизмы адаптационного процесса в остром периоде ЧМТ. Новосибирск, 1990.
В соавт.
- 108. Організаційні принципи невідкладної допомоги хворим з порушеннями мозкового кровообігу.**
В кн.: VIII з'їзд невропат. та наркологів України. Тези доповід. Г.1. Харків, 1990. С.25-26.
Ромоданов А. П., Поліщук М. Є., Пацко Я. В., Руденко Б. А., Король С. А.
- 109. Діагностика та лікування травматичного набряку і набухання мозку.**
В кн.: VIII з'їзд невропат. та наркологів України. Тези доповід.

- Г.І. Харків, 1990. С. 211.
Сергієнко Т. М., Поліщук М. Є., Спасіченко П. В.,
Верхоглядів Ю. П.
110. **Уточнена діагностика у визначені лікувальної тактики при ішеміях головного мозку.**
В кн.: VIII з'їзд невропат. та наркологів України. Тези доповід. Г. І. Харків, 1990. С.152-153.
Поліщук М. Є., Рубленік М. І., Нікітчин В. П., Король В. О.
111. **Травматическое сдавление головного мозга на фоне алкогольной интоксикации.**
Горьковский НИ травматологии и ортопедии, Горький, 1990. С.70-75.
Полищук Н. Е., Скляр Р.А.
112. **Хирургическое лечение ишемии нарушений мозгового кровообращения в остром периоде.**
Внутричерепные излияния и ишемии: сб. научн. трудов. М., 1990. С.112-117.
В соавт.
113. **Мультивариантная адаптивная регуляция вегетативных функций при лечении черепно-мозговой травмы.**
Матер. всесоюзн. симпоз. «Механизмы адаптационного процесса в остром периоде черепно-мозговой травмы», Новосибирск, 1990. С.41-43.
Ромоданов А. П., Полищук Н. Е., Насалик Б. Г.
114. **Нейрохирургическое лечение посттравматической гидроцефалии.**
Матер. всесоюзн. симпоз. «Механизмы адаптационного процесса в остром периоде черепно-мозговой травмы», Новосибирск, 1990. С.10-11.
Илюк Ю. И., Полищук Н. Е., Возняк А. М., Троян В. В.,
Курилец И. П.
115. **Черепно-мозговая травма у пострадавших пожилого и старческого возраста.**
І Научн. практ. конф. «Медико-социальные и биологические аспекты безопасности движения на городском пассажирском транспорте», Донецк, 1990. С.25-27.
В соавт.
116. **Реконструктивные операции на сосудах при ишемических нарушениях кровообращения больных полушарий мозга.**
Респ. межвед. сб. нейрохирур. Киев, Здоровье, в.1, 1991. С.52-53.
Полищук Н. Е., Никитчин В. П., Рубленік М. І., Руденко Б. А.,
Смоланка В. І.

- 117. Особенности сочетанной ЧМТ у пострадавших пожилого и старческого возраста.**
Медико-социальные и биологические аспекты безопасности движения на городском пассажирском транспорте: Тез. Докл. Первой респ. Науч.-практ. конф. Донецк, 1990. С.125-127.
Полищук Н. Е., Бочарова А. А., Харченко В. Г.
- 118. Лечебная тактика при закрытой ЧМТ у лиц пожилого и старческого возраста**
Проблема старения и долголетия. — 1991. - №1. С.42-48.
Ромоданов С. А., Педаченко Е. Г., Полищук Н. Е.
- 119. К диагностике легкой черепно-мозговой травмы.**
Невропатология и психиатрия, №6, 1991. С.59-63.
Винницкий А. Р., Полищук Н. Е., Смоленка В. И.
- 120. Трудности и ошибки экспертизы черепно-мозговых повреждений легкой степени.**
Пригл., програм. и матер. научн. конф. «Актуальные вопросы теории и практики судебной медицины», Киев, 1991. С.71-72.
Полищук Н. Е., Шурыгин В. С.
- 121. Особенности клинической диагностики и экспертизы легкой черепно-мозговой травмы.**
Пригл., програм. и матер. научн. конф. «Актуальные вопросы теории и практики судебной медицины», Киев, 1991. С.35-37.
Полищук Н. Е.
- 122. Остеосинтез у больных с сочетанной черепно-мозговой травмой.**
Ортопедия, травматология, протезирование, №6, 1991. С.5-7.
Анкин Л. Н., Полищук Н. Е., Анкин Н. Л.
- 123. Структурно-функциональные изменения при последствиях черепно-мозговой травмы на фоне алкогольной интоксикации.**
П Дальневосточн. конф. невропат. и нерохир.: матер. конф., Хабаровск, 1991. С.147-150.
Полищук Н. Е., Полищук Л. Л.
- 124. Черепно-мозговая травма при алкогольной интоксикации.**
I Всесозн. научн.практ. конф. «Травма ЦНС» Матер.всесозн. конф. нейрохирургов, Одесса, 1991. С.85-86.
Полищук Н. Е.
- 125. Дополнительные критерии в оценке и локализации поражений мозга при легкой черепно-мозговой травме.**
I Всесозн. научн.практ. конф. «Травма ЦНС» Матер.всесозн. конф. нейрохирургов, Одесса, 1991. С.87-89.
Насалик Б. Г., Полищук Н. Е., Скляр А. А., Исаак Ж. И.

- 126. Гипербарическая оксигенация в комплексном лечении неврологических проявлений при остеохондрозе шейного отдела позвоночника.**
Врачебное дело, № 11, 1991. С.105-106.
Амозов А. А., Полищук Н. Е.
- 127. Способ лечения нарушений кровообращения мозгового ишемического типа.**
III Киевская междунауч. практ. конф. изобретателей.
«Наука и производство-здравоохранения» по проблеме» Медицина катастроф». Киев, 1991. 41 с
Полищук Н. Е., Никитчин В. П.
- 128. Способ лечения переломов позвоночника.**
III Киевская междунар. конф. изобретателей «Наука и пр-во здравоохранения» по проблеме» Медицина катастроф», Киев, 1991. 26 с.
Ромоданов А. П., Курилец И. П., Полищук Н. Е.
- 129. Мероприятия по восстановлению нарушенных функций в остром периоде позвоночно-спинномозговой травмы.**
Тез. докл. респ. научн. практ. конф. Новокузнецк, 1991. С.177-178.
Полищук Н. Е.
- 130. Организация лечения больных с сочетанными и множественными повреждениями в Киевской больнице скорой медицинской помощи.**
Матер. респ. научн. практ. конф. посвящ. 70-летию скорой мед. помощи, Минск, 1992. С.98-100.
Рошин Г. Г., Полищук Н. Е., Даманский Б. В., Тутченко Н. И., Анкин Н. Л.
- 131. Особенности цереброваскулярной недостаточности у больных ликвидаторов аварий на ЧАЭС.**
«Новые технологии в неврологии и нейрохирургии» I Самарская конф. невропат. и нейрохир., Самара, кн.1, 1992. С.70-71.
Зозуля И. С., Полищук Н. Е.
- 132. Особенности диагностики в/мозговых глиальных опухолей с инсультподобным течением.**
Нейрохирургия: Межвед. сб. Киев, Здоровье, в. 25, 1992. С.9-12.
Полищук Н. Е.
- 133. Периодизация клинического течения ЧМТ.**
Классификация черепно-мозговой травмы: Сб. научн. тр. // НИИ нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко. — М., 1992. С.153-160.
Лихтерман Л. Б., Доброхотова Т. А., Касумова С. Ю., Потапов А. А., Ромоданов А. П., Педаченко Е. Г., Полищук Н. Е.

- 134. Клиническая классификация последствий черепно-мозговой травмы.**
Классификация черепно-мозговой травмы: Сб. научн. тр. // НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко.- М., 1992. С.160-167.
Лихтерман Л. Б., Доброхотова Т. А., Касумова С. Ю., Потапов А. А., Кравчук В. А., Лошаков В. А., Ромоданов А. П., Педаченко Е. Г., Полищук Н. Е.
- 135. Особенности диагностики и хирургическая тактика при лечении сочетанных повреждений нервов конечностей в остром периоде.**
Клин. хирургия. — 1992. - № 12. С.26-28.
Шрамко В. И., Полищук Н. Е., Гайдук А. В.
- 136. Лікувально-профілактичні засоби по захисту спинного мозку у гострому періоді після хреботно-спинномозкової травми.**
Клінічна хірургія, 1992, № 12. С.5-7.
В співавт.
- 137. Лікування неврологічних проявів шийного остеохондрозу.**
IV конгрес світової федерації українських лікарських товариств, Харків, 1992. С.340-341.
В співавт.
- 138. Изменения мозгового кровообращения при ушибе головного мозга на фоне алкогольной интоксикации.**
Клиническая хирургия, № 12, 1992. С.67-68.
В соавт.
- 139. Роль гіперглікемії в патогенезі незворотних пошкоджень нейронів у хворих в критичному стані з цереброваскулярною патологією**
І з'їзд нейрохірургів України: Тез. доп. — Київ, 1993. С.82.
Трещинський А. І., Поліщук М. Є.
- 140. Нейрохірургічна тактика при критичних станах у хворих з гострими порушеннями мозкового кровообігу.**
І з'їзд нейрохірургів України: Тез. доп. — Київ, 1993. С.115-116.
Поліщук М. Є., Камінський А. О., Поліщук Л. Л., Букреева І. В., Теучов В. І., Данацко В. В.
- 141. Досвід організації центру невідкладної нейрохірургічної допомоги в умовах міста Києва**
І з'їзд нейрохірургів України: Тез. доп. — Київ, 1993. С.5-6.
Поліщук М. Є., Смоланка В. І., Прокопенко В. І., Руденко Б. А.
- 142. Надання нейрохірургічної допомоги при масових травмах та катастрофах.**
Актуальні питання екстремальної медицини: Тез. доп. наук-практ. конф. Київ, 1993. С.20-21.
Поліщук М. Є.

- 143. Організація надання невідкладної та спеціалізованої допомоги при травмах і катастрофах.**
Актуальні питання екстремальної медицини: Тез. доп. наук-практ. конф. Київ, 1993. С.21-22.
Поліщук М. Є., Анкін Л. М., Рошин Г. Г., Троцевич В. А., Юрченко В. Д.
- 144. Надання спеціалізованої невідкладної допомоги нейросудинним хворим м.Києва за 1990-1992 роки.**
Актуальні питання екстремальної медицини: Тез. доп. наук-практ. конф. Київ, 1993.
Поліщук М. Є., Зозуля І. С., Руденко Б. А., Смоланка В. І., Шрамко В. І.
- 145. Організація невідкладної та спеціалізованої допомоги при травмах та катастрофах.**
Інтегральна та спеціальна екстремальна медицина: Тез. доп. Обл. Наук.-практ. конф. Запоріжжя, 1993. С.81-83.
Поліщук М. Є., Анкін Л. М., Рошин Г. Г., Юрченко В. Д.
- 146. Шок при поєднаній ЧМТ**
Збірник наукових праць співробітників, 75-річному ювілею Київського державного інституту удосконалення лікарів. - Київ, 1993. С.132-133.
Поліщук М. Є.
- 147. Определение уровня креатинфосфокиназы спинномозговой жидкости и состояние гематоэнцефалического барьера у больных с ЧМТ.**
Травма: Анестезия и интенсивная терапия: Материалы пленума ассоциации анестезиологов. — Луганск — Луцк, 1994. С.84-85.
Лещинский Д. Л., Полищук М. Е., Трещинский А. И., Покрасен Н. М., Беляк О. И.
- 148. Влияние черепно-мозговой травмы легкой степени на деятельность сердца.**
Лікарська справа. — 1993. - №10-12. С.90-93.
Поліщук М. Є., Насалик Б. Г., Скляр А. А.
- 149. Клінічні спостереження. — Особливості цереброваскулярної патології.**
В кн.: Післярадіаційна енцефалопатія: Експериментальні дослідження та клінічні спостереження. Київ: НДІ нейрохірургії, 1993. С.167-171.
Поліщук М. Є., Зозуля І. С.
- 150. Віддаленні зміни в нервовій системі у ліквідаторів на Чорнобильській АЕС.**
Міжнар. симп. «Медіко-екологічн. проблеми охорони здоров'я в Україні» 14-15 вересня 1994р., Чернівці. С.42.
В спіавт.

- 151. Прогнозування безпосередніх результатів черепно-мозковій травми.**
В кн.: Травма. Анестезия и интенсивная терапия у детей (матер. Пленума ассоциации анестезиологов) Луганск-Луцк, 1994. 131 с.
В співавт.
- 152. Хірургічна тактика при поєднаній черепно-мозковій травмі.**
В кн.: Травма. Анестезия и интенсивная терапия у детей (матер. Пленума ассоциации анестезиологов) Луганск-Луцк, 1994. 132с
В співавт.
- 153. Дыхание и черепно-мозговая травма (ЧМТ).**
В кн.: Травма. Анестезия и интенсивная терапия у детей (матер. Пленума ассоциации анестезиологов) Луганск-Луцк, 1994. С.35-37.
В соавт.
- 154. Нарушение кровообращения и черепно-мозговая травма (ЧМТ).**
В кн.: Травма. Анестезия и интенс. терапия у детей (матер. Пленума ассоциации анестезиологов) Луганск-Луцк, 1994. С.159-161.
В соавт.
- 155. Учбова робота з інтернами на кафедрі нейрохірургії.**
В кн.: Актуал. проблеми післядипломної підготовки лікарів (Респ. наук. метод. конференція). Київ, 1994. 75 с
В співавт.
- 156. Про проведення предатестаційних циклів з нейрохірургії.**
В кн.: Актуал. проблеми післядипломної підготовки лікарів (Респ. наук. метод. конференція). Київ, 1994. С.75-76.
В співавт.
- 157. Невідкладна допомога при травмі хребта і спинного мозку.**
В кн.: Актуальні питання невідкладної допомоги (П Українська нак. прак. конф. з невідкладної допомоги), Одеса, 1994. С.274-275.
В співавт.
- 158. Невідкладні заходи при крововиливах у мозочок.**
В кн.: Актуальні питання невідкладної допомоги (П Українська нак. прак. конф. з невідкладної допомоги), Одеса, 1994. 275-276
В співавт.
- 159. Гіпербарична оксигенація у лікуванні хворих з ішемічними інсультами.**
В кн.: Актуальні питання невідкладної допомоги (П Українська нак. прак. конф. з невідкладної допомоги), Одеса, 1994. С.44-45.
В співавт.
- 160. Особливості судинних захворювань головного мозку у осіб що зазнали впливу аварії на ЧАЕС.**
В кн.: Шлях до без'ядерного майбутнього України, (Міжнар. інститут глобальної і регіонарної безпеки), Київ, 1994. С.30-32.
В співавт.

- 161. Застосування гіпербаричної оксигенації при ішемічних інсультах.**
В кн.: Вчені Буковини-народній охороні здоров'я, (Матеріали конф.) Чернівці, 1994. С.2.
В співавт.
- 162. Лікувальна тактика при геморагічних порушеннях мозкового кровообігу.**
В кн.: Вчені Буковини-народній охороні здоров'я, (Матеріали конф.) Чернівці, 1994. С.2.
В співавт.
- 163. Опыт использования компьютерной томографии при черепно-мозговой травме у нейрохирургических больных.**
В кн.: Променева діагностика захворювань голови та шиї (Україн. наук.-практ. конф. м. Одеса, 20-22 вересня, Тези доповідей 20-22 вересня, Київ, 1994. 33 с
В соавт.
- 164. Подовження і перегини каротид, причина церебральних ішемій.**
Матер. Респ. Пленума невропатол., Харків, 1995. С. 76-78.
В співавт.
- 165. Особливості цереброваскулярних порушень у осіб які зазнали впливу іонізуючого випромінювання внаслідок аварії на ЧАЕС.**
Лікарська справа, №3-4, 1995. С.26-29.
В співавт.
- 166. Гидроцефалия в клинике неотложной нейрохирургии.**
1-й съезд нейрохирургов России Екатеринбург, 1995. С. 382.
В соавт.
- 167. Профилактика и лечение ранних осложнений при огнестрельных ранениях черепа и головного мозга.**
1 съезд нейрохирургов России. Екатеринбург, 1995. С. 92-93.
Полищук Н. Е., Старча В.И., Текучов В.И., Литвинчук В.Н.
- 168. Хреботно-спинномозговая травма у детей.**
Бюлетень Української асоціації нейрохірургів (УАН),
Київ, 1995. С. 26.
Полищук Н. Е.
- 169. Лечебная тактика при сочетанной черепно-мозговой травме.**
1 конф. нейрохир. Республики Крым. Тезисы доклд. (5-6 июня 1995). С. 46.
Полищук Н. Е.
- 170. Унифицированная оценка степени тяжести и возможности прогнозирования при тяжелой сочетанной ЧМТ.**
1 конф.нейрохир. Республики Крым Тезисы доклд. (5-6 июня 1995). С. 47-49.
Полищук Н. Е., Харченко В. Г.

- 171. Некоторые особенности церебральной гемодинамики у беременных.**
I конф. нейрохир. Респ. Крым (5-6 июня 1995). Тезисы докладов. С.100-101.
Полищук Н. Е., Лущик У. Б. ~
- 172. Течение послеоперационного периода при опухолях головного мозга от характера перифокальной зоны.**
I конф. нейрохир. Респ. Крым (5-6 июня 1995). Тезисы докладов. С.105-106.
Усатов С. А., Полищук Н. Е., Хворостяной К. В.
- 173. Комбінована етмоїдектомія з приводу злоякісної пазухи, решітчастої кістки.**
Журнал ушных, носовых и горловых болезней. №3, 1995. С.43-45.
В співавт.
- 174. Тактика хирурга при повторном удалении большой хемодектомы.**
Клінічна хірургія №11-12, 1995. С.24-25.
Полищук Н. Е., Синицкий С. И.
- 175. Хірургічна тактика при лікуванні спонтанного внутрішньомозкового крововиливу у пацієнтів молодого та середнього віку.**
Клінічна хірургія №11-12, 1995. С.26-28.
Полищук Н. Е., Дибкалюк С. В., Данацко В. В.,
Каминский А. А., Синицкий С. И.
- 176. Вопросы организации нейрохирургической помощи, общие проблемы.**
I Конф. Крым, 5-6 июня, Тезисы докладов, 1995. С.76-78.
Полищук Н. Е.
- 177. Можливості ультразвукової доплерографії в прогнозуванні перебігу геморагічного інсульту та у виборі тактики його лікування.**
Клінічна хірургія, 1995. №6. С.79-81.
Лущик У. Б., Поліщук М. Є., Руденко А. Ю.
- 178. Значення змін церебральної гемодинаміки за даними ультразвукової доплерографії, у виборі лікувальної тактики і прогнозуванні перебігу гострих порушень мозкового кровообігу.**
Клінічна хірургія, 1995. №7-8.
Лущик У. Б., Поліщук М. Є., Руденко А. Ю.
- 179. Особливості цереброваскулярних порушень у осіб, які зазнали впливу іонізуючого опромінення внаслідок аварії на ЧАЕС.**
Лікарська справа. — 1995. №3-4. С.26-29.
Зозуля І. С., Поліщук М. Є.

- 180. Лечебная тактика при позвоночно-спинно-мозговой травме в остром периоде**
(Актуал. вопр. лечения заболевания опорно-двигательного аппарата, цент. и период. н/с, респираторных алергозов у детей. Юбилейна конф. посвященная 75-летию санатория, 6-8 декабря, Евпатория, 1995. С.78.
Полищук Н. Е., Зозуля И. С., Резниченко В. И.,
Муравский А. В., Нагиев А.
- 181. Хірургічна тактика при гострих порушеннях мозкового кровообігу нетромботичного характеру.**
(Актуальні проблеми надання екстреної медичної допомоги при невідкладних станах).
Наук. практ. конф. 20-21 квітня, Київ, 1995. С.88-89.
Поліщук М. Є., Поліщук Л. Л., Смоланка В. І.
- 182. Сочетанная черепно-мозговая травма. Дифференцированна интенсивная терапия (ИТ). (Актуальні проблеми надання екстреної мед.допомоги при невідкладних станах.**
Наук. практ. конф. 20-21 квітня, Київ, 1995. С.93-94.
Трещинский А. И., Полищук Н. Е., Шлапак И. П.,
Глумчер Ф. С., Шрамко В. И., Текучов В. И.
- 183. Ишемический инсульт (ИИ), особенности интенсивной терапии в острой фазе.**
Наук. практ. конф. 20-21 квітня, Київ, 1995. С.95.
Трещинский А. И., Шлапак В. П., Полищук Н. Е., Дидувец С. Г.,
Синицкий С. И., Исаенко Н. П., Пазика Л. П.
- 184. О факторах прогностически неблагоприятных, при нетравматических полушарных внутримозговых геморрагиях.**
В кн.: Современные аспекты военной медицины. Юбилейная научн. практ. конф. (Тез. докл.): Киев 1995. С.186-187.
В соавт.
- 185. Гемодинамічні аспекти у прогнозуванні перебігу геморагічного інсульту.**
Лікарська справа. № 7-8, 1996. С.25-28.
Поліщук М. Є., Руденко А. Ю., Лущик У. Б.
- 186. Ускладнення в ранньому періоді травми грудопоперекового відділу хребта і спинного мозку.**
Зб. наук. практ. робіт. прис-вяч. 10-річчю орган. кафедри неврології і н\х факульт. удосконалення лікарів і провізорів.
Львів ДМІТ-Т, 1996. С.115.
Левицький В. М., Поліщук М. Є.

187. Стенози хребцевого каналу.

Зб. наук. практ. робіт. прис-вяч. 10-річчю орган. кафедри неврології і н\х факульт. удосконалення лікарів і провізорів. Львів ДМІТ-Т, 1996. С.164.

Поліщук М. Є.

188. Травма.

Сборник рефератов. Вища школа, 1996. С.172.

Полищук Н. Е.

189. Перспективи розвитку невідкладної нейрохірургії на Україні.

Сб.: Актуальні проблеми невролог. і нейрохірург. Львів, 1996. С.121.

Поліщук М. Є., Педаченко Г. П.

190. Значення подовжень та перегинів каротид в розвитку ішемічних інсультів.

Матер. VI конгресу СФУЛТ. Тез. доповідей. Одеса, 1996. С.2.

Зозуля І. С., Поліщук М. Є., Синицький С. І.

191. Лікувальна тактика при спінально-мозковій травмі в гострому періоді.

Матер. VI конгресу СФУЛТ. Тез. доповідей. Одеса, 1996. С.2.

В спіавт.

192. Принципи оптимального анестезіологического обеспечения у больных с черепно-мозговой травмой.

В кн.: Матеріали II нац. конгресу Анестезіологів України УП з'їзд анестезіологів України, 24-27 вересня. Харків, 1996. 75 с.

Трещинский А. И., Полищук Н. Е., Короткоручко А. А., Ларионова Е. Б.

193. Клинико-диагностические и лечебные аспекты ишемического инсульта (ИИ).

В кн.: Матеріали II нац. конгресу Анестезіологів України УП з'їзд анестезіологів України, 24-27 вересня. Харків, 1996. С.83-84.

Якимишин Ю.Г., Полищук Н. Е., Шлапак И.П., Исаенко Н.П., Синицкий С.И.

194. Нимотоп в комплексе интенсивной терапии (ИТ) и ишемического инсульта в остром периоде.

В кн.: Матеріали II нац. конгресу Анестезіологів України УП з'їзд анестезіологів України, 24-27 вересня. Харків, 1996. 215 с.

Якимишин Ю. Г., Полищук Н. Е., Шлапак И. П., Баранникова Р. И.

195. Стан і завдання невідкладної нейрохірургії.

Бюл. Укр. Асоціації нейрохір. — Київ, 1996. — Вип 2. С.31-32.

Поліщук М. Є., Шевага В. М.

196. Діагностичні інструментальні дослідження при спінальній нейрохірургічній патології.

Бюл. Укр. Асоціації нейрохір. — Київ, 1996. — Вип 2. С.23-25.

Поліщук М. Є., Кардаш А. М.

- 197. Гіпертонічна хвороба як фактор ризику виникнення ішемічних інсультів.**
Укр. вісник психоневрол. т.4.вип.3 (10) Харків, 1996. С.153-155.
Зозуля І. С., Поліщук М. Є.
- 198. Особливості діагностики та лікування спонтанних внутрішньо-мозкових крововиливів.**
Укр. вісник психоневрології т.4.вип.3 (10) Харків, 1996. С.244-245.
Поліщук М. Є., Зозуля І. С., Дибкалюк С. В., Синицький С. І., Поліщук Л.Л.
- 199. Структурно-морфологічні зміни при порушеннях мозкового кровообігу.**
Укр. вісник психоневр. т.4. вип.3 (10) Харків, 1996. С.246-247.
М. Є. Поліщук, І. С. Зозуля, В. Г. Полежаєв.
- 200. Можливості УЗД судин мозку в діагностиці гострих порушень мозкового кровотоку.**
Укр. вісник психоневр. т.4.вип.3 (10) Харків, 1996. С.204-205.
Лущик У. Б., Поліщук М. Є., Руденко А. Ю.
- 201. Обґрунтування проведення остеосинтезу при поєднаній краніоскелетній травмі.**
ІХ з'їзд трав.-ортоп. України. Матер. з'їзду. — Київ, 1996. С.69-70.
С.69-70.
Поліщук М. Є., Анкін М. Л., Анкін Л. М., Рощин Г. Г., Шлапак І. П.
- 202. Диагностика и лечение сочетанной черепно-мозговой и скелетной травмы.**
Вестник травмат. и ортопед. им.П.Н.Приорова, 1997, №1. С.15-18.
Анкин Л.Н., Полищук Н. Е., Трещинский А.И., Шлапак И.П., Рощин, Г.Г., Фарманолла, Бабаев Е.Х.
- 203. Ефективність хірургічних втручань при патології міжхребцевих дисків.**
Укр. журн. малоінвазив. та ендоскопіч. хірургії, 1997, №1. С.94-98.
Поліщук М. Є., Михайловський В. С. , Косінов А. Є., Цимбал М. Е., Слинько Е. І., Крамаренко В. А.
- 204. Клініко-структурні зміни головного мозку при цереброваскулярній недостатності.**
Лікарська справа, 1997, №4. С.131-133.
Поліщук М.Є., Синицький С.І., Філіпова В.О., Селезньова Т.Е., Зозуля А.І.
- 205. Якщо травмовано хребет.**
В газ. «Ваше здоров'я» №66, 17 вересня 3 с.
Полищук М.Є.
- 206. Сепсис и антибактериальная терапия.**
Сб.статей и рефератов. Нора-Принт. Киев.1997. 140 с.
Полищук Н. Е.

- 207. Уніфіковані підходи до надання допомоги при травмі центральної нервової системи.**
В кн.: Нові технології в хірургії. Ужгород. 1997. С.110-113.
В співавт.
- 208. Діагностика та лікувальна тактика в гострий період хребетно-спинномозкової травми.**
Бюлетень Укр. асоціації нейрохірургів. Вип.3. Київ. 1997. С.47-49.
Зозуля Ю.П., Поліщук М.Є.
- 209. Клініко-інструментальні застосування у визначенні важкості та принципів лікування черепно-мозкової травми у дітей.**
Збірник наукових праць співробітників КМАПО по закінчених та перехідних НДР за 1990-1996 роки. Київ, 1997. С.527-528.
Полищук М. Є., Зозуля І. С., Андрейко Ю. Р., Полищук Л. Л., Бабаєв Є. Х.
- 210. Принципи діагностики і лікування спонтанних внутрішньо-мозкових крововиливів у осіб молодого та середнього віку.**
Збірник наукових праць співробітників КМАПО по закінчених та перехідних НДР за 1990-1996 роки. Київ, 1997. С.529-530.
Поліщук М. Є., Зозуля І. С., Дибкалюк С. В., Поліщук Л. Л.
- 211. Диференціальна діагностика структурно-морфологічних змін при дисциркуляторних енцефалопатіях та демієлізуючих процесах за даними магнітно-резонансної томографії.**
Збірник наукових праць співробітників КМАПО по закінчених та перехідних НДР за 1990-1996 роки. Київ, 1997. С.271-272.
Зозуля І. С., Поліщук М. Є., Філіпова В. О., Селезньова Т. Є.
- 212. Організація невідкладної нейрохірургічної допомоги населенню м. Києва.**
В кн.: Оптимізація системи охорони здоров'я м. Києва Зб. наук. практ. робіт. Київ. 1997. С.105-106.
Поліщук М. Є.
- 213. Международная конференция по научной и практической подготовке нейрохирургии.**
Вопросы нейрохирургии, 1997, №4. С.35-37.
Н. Е. Полищук, С. Ю. Рассказов.
- 214. Нестандартні ситуації в хірургії ішемічного інсульту.**
Клінічна хірургія 1997, №2. С. 28-29.
Поліщук М. Є., Синицький С. І.
- 215. Ускладнення в ранньому періоді після травми грудопоперекового відділу хребта і спинного мозку.**
Клінічна хірургія, 1997, №2. С.32-33.
Поліщук М. Є., Левицький В. М., Муравський А. В.

- 216. Особливості тактики лікування хворих молодого та середнього віку з спонтанними внутрішньомозковими крововиливами.**
Клінічна хірургія, 1997, №7-8. С.57-59.
Поліщук М. Є., Дибкалюк С. В., Шлапак І. П., Зозуля І. С.
- 217. Особенности диагностики повреждения печени при закрытой сочетанной травме.**
Клінічна хірургія, 1997, №7-8. С.29-31.
Белый В. Я., Полищук Н. Е., Барамя Н. Н., Заруцкий Я. Л., Рощин Г. Г.
- 218. Підготовка нейрохірургів.**
Клінічна хірургія, 1997, №9-10. С.105-107.
Поліщук М. Є., Рассказов С. Ю.
- 219. Клініка та особливості діагностики нетравматичного внутрішньомозкового крововиливу.**
Клінічна хірургія, 1997, №9-10. С.53-55.
Поліщук М. Є., Дибкалюк С. В., Зозуля І. С., Ромоданов С. А., Поліщук Л. Л., Мороз В. В.
- 220. Международная конференция по научной и практической подготовке в нейрохирургии.**
Журн. Вопр. Нейрохир., 1997, №4. С.35-37.
Полищук Н. Е., Рассказов С. Ю.
- 221. Деякі особливості хірургії пухлин орбіти.**
Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії, 1997, №4. С.14-15.
Поліщук М. Є., Сергієнко М. М., Петренко Н. Е.
- 222. Організація невідкладної нейрохірургічної допомоги.**
Сучасні аспекти невідкладної мед. допомоги: Матер. Ювіл. Наук.-практ. конфер. Присвяч. 25-річчю створення Львівської міської лікарні швидкої медичної допомоги. — Львів, 1997. — Кн.1. С.19-21.
Поліщук М. Є.
- 223. Випадок успішного лікування пошкодження хребцевої артерії.**
Сучасні аспекти невідкладної мед. допомоги: Матер. Ювіл. Наук.-практ. конфер. Присвяч. 25-річчю створення Львівської міської лікарні швидкої медичної допомоги. — Львів, 1997. — Кн.1. С.85-86.
Поліщук М. Є., Тураєв П. І., Синицький С. І., Горбовець В. С.
- 224. Ишемичный инсульт (эпидемиология, патогенез, клиника, интенсивная терапия).**
Біль, знеболювання і інтенсивна терапія, 1998, №1. С.79-90.
Трецинский А. И., Глумчер Ф. С., Короткоручко А. А., Полищук Н. Е.

- 225. Організація невідкладної нейрохірургічної допомоги населенню м.Києва.**
В кн.: Оптимізація системи охорони здоров'я м. Києва. Київ.1997. С.3.
Поліщук М. Є.
- 226. Роздуми про реформування медицини.**
Українські медичні вісті. Ужгород.1998. С.47-48.
Поліщук М. Є.
- 227. Перспективи післядипломної підготовки нейрохірургів**
Українські медичні вісті. Ужгород.1998. С. 98.
Поліщук М. Є.
- 228. Післятравматична гідроцефалія.**
Клінічна хірургія, 1998, №2. С.26-27.
Шевчук В.В., Поліщук М.Є., Іллюк Ю.І., Бабаєв Е.Х.
- 229. Современные подходы к хирургическим вмешательствам при грыжах поясничных дисков.**
Укр. журн. малоінвазивної та ендоскопічної хірургії, 1998, №2. С.57-65.
Полищук Н. Е., Слинько Е. И., Касимов А. Е., Пастушин А. И., Цимбал М. Е., Крамаренко В. А., Михайловский В. С.
- 230. Перспективи післядипломної підготовки нейрохірургів.**
Бюлетень Української Асоціації нейрохірургів В. 5.
Київ.1998. С.26-27.
Поліщук М. Є.
- 231. Профілактика ранніх неінфекційних ускладнень при вогнепальних пораненнях голови.**
Бюлетень Української Асоціації нейрохірургів В. 5.
Київ.1998. С.40-41.
Старча В. Й., Поліщук М. Є.
- 232. Косметичний доступ к опухольям орбиты.**
Бюлетень Української Асоціації нейрохірургів В. 5.
Київ.1998. С.132-133.
Петренко Н. Э., Полищук Н. Е.
- 233. Лікування хворих з пухлинами головного мозку із інсультподібним перебігом.**
Бюлетень Української Асоціації нейрохірургів В.5.
Київ.1998. С.149-150.
Семьошкін Д. М., Синицький С. І., Поліщук М. Є.
- 234. Сучасний стан та перспективи розвитку спінальної нейрохірургії.**
Бюлетень УАН. II з'їзд нейрохірургів України в Одесі. Вип.6.
Київ. 1998. С.136-137.
Поліщук М. Є.

- 235. Транспедикулярная система фиксации позвоночника.**
Бюлетень УАН. II з'їзд нейрохірургів України в Одесі. Вип.6.
Київ. 1998. С.142-143.
Зозуля І. С., Полищук Н. Е., Слынько Е. И., Муравский А. В.
- 236. Діагностика та хірургічна тактика при вогнепальних хребетово-спинномозкових пораненнях.**
Бюлетень УАН. II з'їзд нейрохірургів України в Одесі. Вип.6.
Київ. 1998. С. 176.
Поліщук М. Є.
- 237. Боковые подходы к патологическим процессам кранио-вертебрального сочленения.**
Українськ.журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії, 1998, №2. С.15-23.
Зозуля І. С., Полищук Н. Е., Слынько Е. И., Пастушин А. И.
- 238. Цілеспрямована лікувальна тактика при ішемічних порушеннях мозкового кровообігу в гострому та ранньому періодах.**
Збірник наук. праць співробітників, КМАПО ім. П. Л. Шупика.
В.7. к.2. 1998. С.161-168.
Поліщук М. Є., Дунаєвський О. Є., Оришака М. І.,
Муравський А.В., Синицький С. І.
- 239. Надання невідкладної медичної допомоги с поєднаною травмою.**
Збірник наук. праць співробітників, КМАПО ім. П. Л. Шупика.
В.7.к.2. 1998. С.168-171.
Поліщук М. Є., Рощин Г. Г., Зозуля І. С., Шлапак І. П.,
Мазуренко О. В., Барамія Н. М., Матійко А. С.
- 240. Сучасний стан та перспективи післядипломної підготовки нейрохірургів.**
Збірник наук. праць співробітників, КМАПО ім. П. Л. Шупика.
В.7.к.1. 1998. С.131-136.
Поліщук М. Є., Педаченко Г. П., Ромоданов С. А.,
Дунаєвський О. Є., Макеева Т. І., Оришака М. І.,
Муравський А. В.
- 241. Ускладнення в ранньому періоді після травми грудопоперекового відділу хребта і спинного мозку.**
Клінічна хірургія, 1997, №2. С.30 -33.
Поліщук М. Є., Левицький В. М., Муравський А. В.
- 242. Хирургические вмешательства при фораминальных и экстрафораминальных грыжах поясничных дисков.**
Укр. жур. малоінвазивної та ендоскопічної хірургії, 1998, №1. С.39-46.
Поліщук М. Є., Слинько Є. І., Косінов А. Є. та інші

- 243. Современные подходы к хирургическим вмешательствам при грыжах поясничных дисков.**
Укр. жур. малоінвазивної та ендоскоп. хірургії, 1998, №1. С.57-65.
Поліщук М. Є., Слинько Є. І., Косінов А. Є. та інші
- 244. Боковые подходы к патологическим процессам краниовертебральною сочленения.**
Укр. жур. малоінвазивної та ендоскопічної хірургії, 1998, №3. С.15-23.
Зозуля Ю. О., Поліщук М. Є., Слинько Є. І., Пастушин А. І.
- 245. Сучасний стан та перспективи розвитку спінальної нейрохірургії в Україні.**
Бюлетень Укр. асоціації нейрохірургів, 1998, №5. С.136-137.
Поліщук М. Є.
- 246. Транспедикулярная система фиксации позвоночника.**
Бюлетень Укр. асоціації нейрохірургів 1998, №6. С.142-143.
Зозуля Ю. А., Полищук Н. Е., Слинько Е. И., Муравский А. В.
- 247. Профилактическое применение антибиотиков в клинике спинальной нейрохирургии при «чистых» оперативных вмешательствах.**
Укр. хіміотерапевтичн. журнал, 1999, №1. С.59-61.
Полищук Н. Е., Муравский А. В., Слинько Е. И.,
Ермольев А. И., Пастушин А. И., Косинов А. Е., Цимбал М. Е.
- 248. Застосування цефазоліну для проведення антибіотикопрофілактики при «чистих» планових оперативних втручаннях в клініці спінальної нейрохірургії.**
Бюлетень Укр. асоціації нейрохірургів, 1999, №1. С.92-94.
Поліщук М. Є., Муравський А. В., Слинько Є. І., Ермольев А. І.,
Пастушин А. І., Косинов А. Є., Цимбал М. Є.
- 249. Принципи надання ургентної допомоги при хреботно-спинномозковій травмі.**
Укр.медичний альманах, 1999, №3, Том 2. С.81-85.
Поліщук М. Є., Короткоручко А. О., Муравський А. В.,
Слинько Є. І., Деркач В. М.
- 250. Лікворея в клініці нейротравми.**
Ж. Вушних носових і горлових хвороб 1999, №3. С.141-142.
Поліщук М. Є., Комарницький С. В., Кутова Л. К.
- 251. Энтубация та трахеостомія в клініці невідкритої нейрохірургії.**
Ж. Вушних носових і горлових хвороб 1999, №3. С.442-443.
Поліщук М. Є., Кутова Л. К., Комарницький С. В.,
Синицький С. І., Расказов С. Ю., Гончарук О. М.
- 252. Хирургическое лечение опухолей позвонков.**
Нейрохирургия, 1999, №3. С.13-19.
Полищук Н. Е., Слинько Е. И., Пастушин А. И., Муравский А. В.

- 253. Унификация объема диагностики и медицинской помощи больным с черепно-мозговой травмой.**
Укр. нейрохір. Журнал., 2000, №1. С.73-78.
Полищук Н. Е., Рассказов С. Ю.
- 254. Післядипломна підготовка нейрохірургів.**
Укр. нейрохір. Журнал, 2000, №1. С.90-94.
Зозуля Ю. П., Поліщук М. Є., Дунаєвський О. Є. та інш.
- 255. Сучасний погляд на лікування остеохондрозу поперекового відділу хребта.**
Укр. нейрохір. Журнал, 2000, №2. С.104-108.
Поліщук М. Є., Слинько Є. І., Муравський А. В. та інш.
- 256. Возможные подходы к диагностике и ведению больных с черепно-мозговой травмой.**
Ортопедия, травматолог. и протезиров., 2000, №3. С.112-116.
Полищук Н. Е., Рассказов С. Ю., Комарницкий С. В.
- 257. Выбор тактики хирургического лечения при ишемиях мозга обусловленных синдромом «обкрадывания».**
Біль, знеболювання і інтенсивна терапія, 2000, №1. С.139-140.
Полищук Н. Е., Черникова О. А., Зозуля И. С., Синицкий С. И., Смоланко В. Н., Гончарук О. Н.
- 258. Нейропротекторы в остром периоде черепно-мозговой травмы.**
Біль, знеболювання і інтенсивна терапія, 2000, №2. С.19-21.
Поліщук М. Є., Поліщук Л. Л., Мосин О. П., Синицький С. І., Комарницький С. В., Гончарук О. М., Рижий А.В., Гринів Ю. М., Скляр Р. А.
- 259. Стратегія і тактика реформування системи надання допомоги хворим з цереброваскулярними захворюваннями.**
Збірник наук. праць співробітників КМАПО ім. П. Л. Шупика, Вип. 9, Кн.1, Київ, 2000. С.35-39.
Зозуля І. С., Лисенюк В. П., Боброва В. І., Поліщук М. Є., Самосюк І. З.
- 260. Аналіз хворих з крововиливами в шлуночки мозку при артеріальній гіпертензії.**
Збірник наук. праць співробітників КМАПО ім.П.Л.Шупика, Вип. 9, Кн.1, Київ, 2000. С.125-129.
Данацко В.В., Поліщук М. Є., Зозуля І. С., Деркач В. М., Синицький С. І., Витриховська О. М.
- 261. Лікувальна тактика при поєднаній черепно-мозковій травмі.**
Збірник наук. праць співробітників КМАПО ім. П. Л. Шупика, Вип. 9, Кн.1, Київ, 2000. С.274-278.
Поліщук М. Є., Зозуля І. С., Короткоручко А. О., Комарницький С. В., Поліщук Л. Л., Шамаєв О. М., Сомик К. І., Литвиненко А. Л., Гринів Ю. М., Скляр Р. А.

- 262. Ефективність хірургічного лікування ішемій мозку, що спричинені подовженнями та перегинами сонних артерій.**
Збірник наук. праць співробітників КМАПО ім. П. Л. Шупика, Вип.9, Кн.1, Київ, 2000. С.52-56.
Поліщук М. Є., Синицький С.І., Зозуля А. І., Поліщук Л. Л., Гончарук О. М.
- 263. Хирургическая тактика при ишемиях мозга, обусловленных синдромом «обкрадывания».**
Збірник наук. праць співробітників КМАПО ім. П. Л. Шупика, Вип. 9, Кн.1, Київ, 2000. С.278-282.
Поліщук Н. Е., Черникова О. А., Зозуля И. С., Синицкий С. И., Гончарук О. Н.
- 264. Позвоночно-спинномозговые повреждения у лиц старших возрастных групп.**
Збір. наук. праць співробітників КМАПО в 9 кн., 3. К., 2000. С. 223-226.
Телеснюк К. П., Поліщук Н. Е., Дишловой В. Н., Деркач В. Н.
- 265. Диференційоване лікування остехондрозу поперекового відділу хребта.**
Збірник наук. праць співробітників КМАПО в 9 кн., 3. Київ, 2000. С. 263-266
Поліщук М. Є., Слинько Є. І., Короткоручко А. О., Муравський А. В.
- 266. Післядипломна підготовка нейрохірургів**
Укр. нейрохир. журнал, 2000, №1. С.90-93.
Зозуля Ю. П., Поліщук М. Є., Дунаєвський О. Є., Макеева Т. І., Оришака М. І., Ромоданов С. А.
- 267. Особенности хирургического лечения грыж межпозвонковых дисков на шейном уровне.**
Укр. журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії, 2000, №2. С.15-21.
Поліщук Н. Е., Слынько Н. И., Хотейт Н., Муравский А. В.
- 268. Історія розвитку клініки спінальної патології інституту нейрохірургії.**
Укр. нейрохир. журнал, 2000, №4. С.51-57.
Поліщук М. Є., Слинько Є. І., Косінов А. Е., Пастушин А. І., Цимбал М. О.
- 269. Особливості хірургії інтрамедулярних новоутворень.**
Укр. нейрохир. Журнал, 2000, №3. С.9-15.
Поліщук М.Є., Слинько Є. І., Муравський А. В.
- 270. Эффективность применения транспедикулярной системы стабилизации позвоночника.**
Укр. Нейрохир. Журнал 2000. - №4. С.110-118.
Поліщук Н. Е., Слынько Е. И., Муравский А. В.

- 271. Кафедрі нейрохірургії Київської медичної академії післядипломної освіти 55 років.**
Укр. Нейрохир. Журнал 2000. - №4. С.101-104.
Педаченко Г. П., Поліщук М. Є.
- 272. Лікування дисциркуляторних проявів у вертебробазиллярному басейні в початковий період остеохондрозу.**
Український медичний часопис 2001, №1. С.99-101.
Поліщук М. Є., Зозуля І. С., Поліщук Л. Л., Нечипорук О. О., Амозов О. О.
- 273. Метаболическая защита мозга в остром периоде черепно-мозговой травмы и ишемического инсульта.**
Зб. наукових праць співроб. КМАПО ім. П. Л. Шупика
Вип.10, к.3. Київ, 2001. С.158-162.
Поліщук М. Є., Зозуля І. С., Поліщук Л. Л., Гончарук О. М.
- 274. Опыт использования новой металлической конструкции при шейной дискэктомии у больных с дегенеративно-дистрофическими стенозами шейного отдела позвоночника.**
Зб. наукових праць співроб. КМАПО ім. П. Л. Шупика
Вип.10, к. 3. Київ, 2001. С.162-168.
Полищук Н. Е., Хотейт Нидааль, Слынько Е. И., Муравский А. В., Хусейн Х. М.
- 275. Миелорадикулопатии, обусловленные грыжами межпозвоночных дисков грудного отдела позвоночника.**
Зб. наукових праць співроб. КМАПО ім. П. Л. Шупика
Вип.10, к.3. Київ, 2001. С.168-172.
Полищук Н. Е., Хусейн Х. М., Слынько Е. И., Муравский А. В.
- 276. Досвід використання фіто-препарату «Неврін» при лікуванні легкої черепно-мозкової травми.**
Зб. наукових праць співроб. КМАПО ім. П. Л. Шупика
Вип.10, к.3. Київ, 2001. С.172-179.
Поліщук М. Є., Поліщук Л. Л., Мошич О. П., Пилипчук В. С.
- 277. Микродискэктомия с сохранением желтой связки. Результаты клинического применения методики.**
Український нейрохірургічний журнал., 2001, №2. С.41-42.
Полищук Н. Е., Слынько Е. И., Муравский А. В., Вербов В. В.
- 278. Особенности техники микродискэктомии нижнепоясничных дисков в зависимости от их топографо-анатомических вариантов.**
Український нейрохірургічний журнал., 2001, №3. С.44-51.
Полищук Н. Е., Слынько Е. И., Муравский А. В., Бринкач И. С.
- 279. Структурно-морфологічні зміни при ЧМТ з незначними проявами.**
Укр. нейрохир. Журн, 2001, №4. С.104-107.

- Поліщук М. Є., Рижий В. А., Поліщук Л. Л., Скляр Р. В., Данацко В. В., Витриховська О. М., Гринів Ю. В., Литвиненко А. Л.
280. **Прогнозирование исходов огнестрельных ранений черепа.**
Укр. нейрохир. журн., 2001, №4. С.112-115.
Полищук Н. Е., Бабаев Э., Мамедов Д. Д.
281. **Особенности техники микродискэктомии нижнепоясничных дисков в зависимости от их топографоанатомических вариантов.**
Укр. нейрохир. журн., 2001, №2. С.10-11.
Полищук Н. Е., Слынько Е. И., Бринкач И. С.
282. **Малотравматична косметична латеральна орбітотомія при видаленні ретробульбарних пухлин.**
Укр. нейрохір. журн., 2001, №2. С.34.
Поліщук М. Є., Петренко Н. Е.
283. **Клиника и диф. диагностика поясничного стеноза.**
Укр. мед. Часопис, 2001, №2(22). С.106-109.
Полищук Н. Е., Исаенко А. Л.
284. **Що треба знати про струс головного мозку.**
Ж.Будьмо здорові №6, 2002р. С.8-9
Поліщук М.
285. **Інтрамедулярні пухлини спинного мозку: день сьогоднішній та перспективи на майбутнє.**
Український нейрохірургічний журнал., 2002, №1. С.62-68.
Поліщук М. Є., Муравський А. В.
286. **Интрамедуллярные опухоли спинного мозга: клинко-морфологические параллели.**
Материалы III съезда нейрохирургов России. — Санкт-Петербург, 2002. С. 141 — 142.
Полищук Н. Е., Муравский А. В.
287. **Особенности хирургического лечения интрамедуллярных опухолей спинного мозга.**
Материалы III съезда нейрохирургов России. — Санкт-Петербург, 2002. С. 142.
Полищук Н. Е., Муравский А. В., Слынько Е. И.
288. **Некоторые факторы определяющие исход у больных с травматическим сдавлением головного мозга.**
Материалы III съезда нейрохирургов России. — Санкт-Петербург, 2002. С.36.
Комарницкий С. В., Полищук Н. Е., Литвиненко А. Л.
289. **Структура больных остеохондрозом поясничного отдела позвоночника.**
Материалы III съезда нейрохирур. России. — С.Пб., 2002. С.272.
Полищук Н. Е., Слынько Е. И., Қосинов А. Е., Пархоменко А. А.

- 290. Опыт применения боковых подходов к патологическим процессам краниовертебрального сочленения.**
Материалы III съезда нейрохирургов России. — Санкт-Петербург, 2002. С.272-273.
Полищук Н. Е., Слынько Е. И., Пастушин А. И.
- 291. Диференціальна діагностика пухлин головного мозку з інсулютоподібним перебігом.**
Укр. мед. часопис, 2002, №2 (28). С.36-40.
Поліщук М. Є., Зозуля І. С., Сьомушкін Д. М., Синицький С. І., Смоланка В. І., Чернікова О. А., Поліщук Л. Л., Усатов С. А.
- 292. Сравнительный анализ эффективности различных методов шейной дискэктомии.**
Нейрохирургия., 2002, №1. С.11-18.
Полищук Н. Е., Слынько Е. И., Муравский А. В., Хотейт Нидадь.
- 293. Діагностика та результати хірургічного лікування поперекового стенозу.**
Український нейрохірургічний журнал., 2002, №3. С.26-27.
Поліщук М.Є., Слинко Є.І., Вербов В.В., Ісаєнко О.Л., Пастушин А.І., Муравський А.В.
- 294. Прогнозування наслідків в гострому періоді ЧМТ.**
Збірник наук. праць співр. КМАПО ім. П. Л. Шупика. — К., 2002. — Вип.11, кн. 3. С.68-74.
Поліщук М. Є., Короткоручко А. О., Поліщук Л. Л., Литвиненко А. Л., Сомик К. І.
- 295. Диференційне лікування гемодинамічних перешкод в каротидному басейні.**
Збірник наук. праць співр. КМАПО ім. П. Л. Шупика. — К., 2002. — Вип.11, кн.3. С.314-319.
Поліщук М. Є., Гурковський А. І., Гончарук О. М., Ломако В. В., Зозуля А. І., Самосюк Н. І., Смоланка В. І.
- 296. Декомпресивна гемікраніектомія при гострійцеребральній ішемії, що супроводжується дислокаційним синдромом.**
Збірник наук. праць співр. КМАПО ім. П. Л. Шупика. — К., 2002. — Вип.11, кн.3. С.436-441.
Поліщук М. Є., Корюненко Г. В., Камінський А. О., Гончарук О. М.
- 297. Анализ результатов хирургического лечения больных в зависимости от локализации грыж поясничных межпозвонковых дисков.**
Український нейрохірургічн. журн., 2002, №4. С.82-89.
Полищук Н. Е., Слынько Е. И., Бринкач И. С.
- 298. Порівняльна оцінка частоти виявлення ЧМТ у містах України.**
Український нейрохірургічн. журн., 2002, №4. С.44-47.
Поліщук М. Є., Марков О. В., Гайдаєв Ю. О., Комарницький С. В., Полторацький В. Г., Литвиненко А. А., Скляр Р. А.

- 299. Хірургічне лікування дегенеративно-дистрофічних стенозів шийного відділу хребта.**
Український нейрохірургічн. журн., 2002., №3. С.27-28.
Поліщук М. Є., Слинько Є. І., Вербов В. В.
- 300. Порушення кровообігу у вертебробазиллярному басейні при аномалії Кімерлі.**
Український нейрохірургічн. журн., 2002, №2. С.53-56.
Поліщук М. Є., Рубленик М. І., Камінський А. О., Бойко І. Є., Смоланка В. І.
- 301. Застосування модифікованого латерального доступу для видалення ретробульбарних пухлин.**
Український нейрохірургічн. журн., 2002., №2. С.38-43.
Поліщук М. Є., Сергієнко М. М., Петренко Н. Е.
- 302. Досвід застосування бічних підходів до патологічних процесів краніовертебрального зчленування.**
ІХ конгрес світов. Федер. Україн. Лікарських товариств, присвячений 25-річчю СФУЛТ (19-22 серпня 2002р. м.Луганськ): Тез. доп. Луганськ — Київ — Чикаго, 2002. — С.316-317. С.316-317.
Поліщук М. Є., Слинько Є. І., Пастушин А. І.
- 303. Проблеми та перспективи післядипломної підготовки нейрохірургів.**
ІХ конгрес світов. Федер. Україн. Лікарських товариств, присвячений 25-річчю СФУЛТ (19-22 серпня 2002р. м.Луганськ): Тез. доп. Луганськ — Київ — Чикаго, 2002. — С.316-317. С.97-98.
Поліщук М. Є., Оришака М. І., Хонда О. М., Криворучко А. О., Макеева Т. І.
- 304. Хірургічне лікування гриж грудного відділу хребта.**
ІХ конгрес світов. Федер. Україн. Лікарських товариств, присвячений 25-річчю СФУЛТ (19-22 серпня 2002р. м. Луганськ): Тез. доп. Луганськ — Київ — Чикаго, 2002. — С.316-317. С.315-316.
Поліщук М. Є., Слинько Є. І., Пастушин А. І., Косінов А. Є., Цимбал М. О., Іяд Аль-кашкіш
- 305. Острые нарушения мозгового кровообращения у лиц молодого и среднего возраста.**
Укр. вісник психоневрології. — 2002. — Т.10, вип 2 (31). — Матеріали ІІ національного конгресу неврологів, психіатрів та наркологів України (Харків, 11-14 червня 2002 р.). С. 238.
Поліщук Н. Е., Зозуля І. С., Гончарук О. Н.

- 306. Малоінвазивний метод видалення інсульт-гематом, обумовлених артеріальною гіпертензією.**
Укр. вісник психоневрології. — 2002. — Т.10, вип 2 (31). —
Матеріали II національного конгресу неврологів, психіатрів та
наркологів України (Харків, 11-14 червня 2002 р.). С.237-238.
Поліщук М. Є., Зозуля І. С., Демчук С. А., Камінський А. О.,
Сомик К. І.
- 307. Застосування гіперосмолярного інфузійного препарату Сорбілакт в клініці невідкладної нейрохірургії.**
Український нейрохірургічний журнал., 2002, №1. С.94-96.
Поліщук М. Є., Камінський А. О., Литвиненко А. Л.,
Демчук С. А., Смоланка В. І.
- 308. Мікрохірургічні втручання при інтрамедулярних пухлинах шийної локалізації мозку.**
Український нейрохірургічний журнал., 2003, №2. С.65-71.
Поліщук М. Є., Муравський А. В., Слинько Є. І.
- 309. Оперативное лечение поясничного спондилолистеза с неврологическими проявлениями.**
Український нейрохірургічний журнал., 2003, №2. С.72-77
Слинько Е. И., Вербов В. В., Пастушин А. И., Цымбал М. Е.,
Муравский А. В., Ияд Аль-Кашкиш.
- 310. Наукова та практична підготовка нейрохірургів // Педагогічна майстерність викладачів хірургічного профілю системи післядипломної освіти: проблеми удосконалення.**
Збірник доповідей науково-практичної конференції до 85- річчя
КМАПО ім. П. Л. Шупика. — Київ, 2003. С.42-45.
Поліщук М. Є., Короткоручко А. О., Макеєва Т. І.,
Муравський А. В., Оришака М. І., Ромоданов С. А.,
Вербова Л. М., Возняк О. М., Слинько Є. І., Бурик В. М.
- 311. Что делать? Или необходимость организационных изменений в борьбе с инсультом в Украине.**
Доктор, 2003, №3. С.7-9
Поліщук М., Гуляев Д.
- 312. Фактори, що впливають на прогноз, при хірургічному лікуванні потерпілих з травматичними оболонковими гематомами.**
Укр.нейрохір.журнал, 2003, №1. С.23-27
М. Поліщук, Литвиненко А. Л., Короткоручко А. О.
- 313. Декомпресивна гемікраніектомія в лікуванні гострої церебральної ішемії, ускладненої дислокаційним синдромом.**
Укр.нейрохір.журнал, 2003, №1. С.44-46
Поліщук М., Корюненко Г. В., Камінський А. О., Гончарук О. М.

- 314. Интенсивная терапия при остром ишемическом инсульте.**
Доктор, 2003, №3. С.20-23
Поліщук М. Е., Трещинский А. И.
- 315. Медичне страхування — не панацея. Потрібні глибинні і розумні реформи.**
Медик столиці. Вересень 2003р. С.2.
Поліщук М. Є.
- 316. Роль и место мониторинга ВЧД при черепно-мозговой травме.**
Матеріали III з'їзду нейрохірургів України. Крим, Алушта.
23-25 вересня 2003. С.43.
Короткоручко А. А., Поліщук Н. Е.
- 317. Перспективность метода краниопластики аутокостью в подкожно-жировую клетчатку у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой.**
Матеріали III з'їзду нейрохірургів України. Крим, Алушта.
23-25 вересня 2003. С.65-66.
Дриждов К. И., Поліщук Н. Е., Комарницкий С. В.
- 318. Церебралізин в гострому періоді черепно-мозкової травми.**
Матеріали III з'їзду нейрохірургів України. Крим, Алушта.
23-25 вересня 2003. С.68-69.
Поліщук М. Є., Комарницький С. В., Слісаренко С. О.
- 319. Особливості хірургічного лікування інтрамедулярних пухлин спинного мозку.**
Матеріали III з'їзду нейрохірургів України. Крим, Алушта.
23-25 вересня 2003. С.103-104.
Поліщук М. Є., Муравський А. В., Слинько Є. І.
- 320. Результати мікрохірургічного лікування інтрамедулярних пухлин шийної локалізації.**
Матеріали III з'їзду нейрохірургів України. Крим, Алушта.
23-25 вересня 2003. С.134.
Поліщук М. Є., Слинько Є. І., Муравський А. В.
- 321. Малоінвазивне хірургічне лікування крововиливів в підкіркові ганглії з проривом крові в шлуночкову систему головного мозку.**
Матеріали III з'їзду нейрохірургів України. Крим, Алушта.
23-25 вересня 2003. С.169.
Поліщук М. Є., Оришака М. І., Регуш А. В., Зозуля А. І.
- 322. Раннє хірургічне лікування ішемічних інсультів.**
Матеріали III з'їзду нейрохірургів України. Крим, Алушта.
23-25 вересня 2003. С.179-180.
Смоланка В. І., Поліщук М. Є., Химич В. Ю. та інші

- 323. Сучасні методи стабілізації травматичних пошкоджень краніовертебрального з'єднання. Результати оперативних втручань.**
Матеріали III з'їзду нейрохірургів України. Крим, Алушта.
23-25 вересня 2003. С.234.
Поліщук М. Є., Слинко Є. І., Пастушин А. І., Бурик В. М.
- 324. Ранняя стабилизация позвоночника у больных со спинальной травмой.**
Матеріали III з'їзду нейрохірургів України. Крим, Алушта.
23-25 вересня 2003. С.252.
Полищук Н. Е., Бадран Н. Ю., Исаенко А. Л., Резниченко В. И.
- 325. Анальгезия у онкологических больных.**
Матеріали III з'їзду нейрохірургів України. Крим, Алушта.
23-25 вересня 2003. С.282.
Короткоручко А. А., Рямушкина С. Ю., Полищук Н. Е., Оришака Н. И.
- 326. Деякі прогностичні критерії результатів лікування хворих молодого та середнього віку з нетравматичним внутрішньомозковим крововиливом.**
Лікарська справа, 2003, №3. С.57-60.
Поліщук М. Є., Дибкалюк С. В.
- 327. Применение метилпреднизолона у больных с повреждениями спинного мозга.**
Ортопедия, травматология и протезирование, 2003,
№2. С.103-104.
Полищук Н. Е., Бадран Н. Ю., Исаенко А. Л., Резниченко В. И.
- 328. Клиника боли.**
Доктор, 2003, №1. С.52-54.
Короткоручко А. А., Полищук Н. Е., Рямушкина С. Ю.
- 329. Післядипломна підготовка нейрохірургів.**
Український нейрохірургічний журнал, №3, 2003. С.84-85.
Зозуля Ю. П., Поліщук М. Є.
- 330. Combined treatment of intracranial aneurysms.**
Book of Abstracts: 9th European Congress of neurosurgery.
Moscow, 1991. P.76
Korol S. A., Polischuk N. E., Younsi M., Nikitchin V.
- 331. Clinical manifestation of combined head injuries in the elderly and old.**
Book of Abstracts: 9th European Congress of neurosurgery.
Moscow, 1991. P.528
Polischuk N. E., Bocharova A. A., Kharchenko V. G., Ankin N. L., Skliar R. A., Nagiev A., Kugayevsky O. V.

332. **Dynamics of brain function restoration in mild head injury.**
Book of Abstracts: 9th European Congress of neurosurgery.
Moscow, 1991. P.552
Smolanka V. I., Polischuk N. E., Nasalik B. G., Isak I. P., Korol S. A.
333. **Treatment of vertebro-spinal lesions in the early injury period.**
Book of Abstracts: 9th European Congress of neurosurgery.
Moscow, 1991. P.449
Kurilets I. P., Derkach V. N., Polischuk N. E., Reznichenko V. I.,
Fyodorov A. N., Nagiev A.
334. **Surgery for extracranial carotid artery occlusion in the acute stage of cerebral ischemia.**
International congress on „Advances in brain revascularization”
Program and abstracts. Eilat – Israel, 1993. P.312
Polischuk N., Smolanka V.
335. **Ischemic stroke – when to operate:?**
10th European congress of neurosurgery: Abstract Posters. –
Berlin 1995. P.259
Smolanka V., Polischuk N., Rusin V., Tsurco A.
336. **Liziunile osteoarticulare la pacientii cu hematoame intracraniene in cadrul travmatismelor craniotoracice.**
VOLUME PEPER SUMARIES the 6 th International Congress of
Orthopaedy Traumatology
Held in Cluj-Napoca (Pomania) Oktober 5-7 1995. P.171
В співавт.
337. **Intracranial haematomas in patients with thoracicocranial associated lesions.**
3 rd Romanian Neurosurgical Congress Bucharest-Romania
Oktober 18-21, 1995. P.49
В співавт.
338. **Diagnosticul si tratamentul higromelor subdurale in cadrul traumatismelor toracice.**
Materiale Celui de al in Congres National al Societatii si terapie
intensiva Republika Moldova 20-22 oktombrie 1995. P.26
В співавт.
339. **Classificazione clinika delle conseguente dcitraumi craniocerebrali .**
Y Rtaumi Cranio-Encefalici Classificazione clinika Arkadia Editore-
Modena 1995. P.115-133
В співавт.
340. **Periodizzazione del decorso Klinikal del traumi cranio-cerebrali.**
Y Rtaumi Cranio-Encefalici Classificazione clinika Arkadia Editore-
Modena 1995. P.199-206
В співавт.

- 341. Prophylactik and tretment for early complications of the dunshot Head wound.**
Neurotrauma Symposim Cruise Moscow-Volga Kiver. 12-17 july. 1997. P.123
Polischuk N. E., Starcha V. S., Polischuk L. L.
- 342. Training of neurosurgeons for Practical and Research octivity in Ukraine: Present stage and Perspectives.**
1 st.Black sea neurosurgical Congress/7-10 may 1997 Matasa SpA. Romania. P.37
Zozulia V. Z., Tsybalyuk V. I., Pedachenko E. G., Polischuk M. E.
- 343. Cerebrolysin in Acute Head injury and Actute Stroke.**
1st Intern. Mondsee Medikal Meeting June 5-7. Austria.1997. P.1
Polischuk M.E.
- 344. Surgical management of thoracic disc hernistions.**
2-nd Black Sea Neurosurgical Cngress: Abstract Book 1999-
Thessaloniki, Greece. P.94
Polischuk M.E., Muravsky A.V.
- 345. The surgical treatment stenosis of the cervical canal.**
11 th European Congress of Neurosurgery: Abstract Book, 1999,
Copenhagen Denmark. P.195
Polischuk M.E., Slin'ko E.I., Muravsky A.V., Hoteit N.
- 346. Surgical aproaches to lesions of craniovertebral junction and upper cervical spine.**
11 th European Congress of Neurosurgery: Abstract Book, 1999,
Copenhagen Denmark. P.80
Polischuk M.E., Slin'ko E.I., Pastuschin A.I., Muravsky A.V.
- 347. Ligament sparing lumbar microdiscectomy. Results of clinical application of a technique.**
12th World Congress of Neurosurgery: Abstract Book. — Sydney, Australia. — 2001. P.288
Polischuk N. E., Kosinov A. E., Slinko E. I., Muravskiy A. V., Verbov V. V.
- 348. Surgical treatment for the extramedullary intradural tumors of the craniocervical junction**
12th European congress of Neurosurgery; Lisboa, Portugal, 2003.
Polischuk M. E., Slinko E. I., Buryk V. M.
- 349. Surgical treatment of intramedullary tumors.**
12 th European congress of Neurosurgery; Lisboa, Portugal, 2003.
Polischuk M. E., Slinko E. I., Muravskiy A.V.
- 350. Craniospinal extramedullary tumors. Surgical treatment and outcome results.**
Fourth Black Sea Neurosurgical Congress. Final announcement and abstract book. — Chisinau 2003. P.64-65.
Polischuk M. E., Slinko E. I., Buryk V. M.

ПУБЛІЦИСТИЧНІ СТАТТІ

1. **«Я буду все робити, щоб висококваліфікована медична допомога була доступна усім»**
Газета «Новини» м. Дніпропетровськ, 2002р.
Поліщук М.
2. **Медичним закладам треба надати більше самостійності.**
Ж. Ваше здоров'я №35, 13-19 вересня 2002р. С.7
Поліщук М.
3. **Манія величності, чи моральне падіння?**
Голос України, 17 вересня 2002р. №169. С.7
Поліщук М.
4. **Пацієнт відомий – народ України. Інфекція - корумпована влада. Треба негайно починати лікування.**
Україна—молода, 28 жовтня 2002р. С.11
Поліщук М.
5. **Жертв было бы меньше если бы «силовики» предупредили медиков, чем будут выкуривать террористов.**
Газета «Сегодня» 31 октября 2002г. С.20
Поліщук М.
6. **Професор-нейрохірург „Я оперую на мозку, а хворий співає”.**
Освіта України, №20-21, 12 березня 2002р. С.4-5
Поліщук М.
7. **Не можна кількістю перекрити недоліки в якості.**
Ваше здоров'я, №41, 25-31 жовтня, 2002р.
Поліщук М.
8. **Медичне страхування не панацея.**
Дзеркало тижня №48 (423) 14 грудня 2002р. С.16
М. Поліщук, В. Рудий
9. **Приоритеты медицины — это национальные интересы Украины.**
Ж. Проблемы медицины №3-4 (33-34) май-июнь 2002р. С.45-48
Н. Поліщук
10. **Війна курінню.**
Голос України №46-247, 26 грудня 2002р. С.22
Поліщук М., Крутікова Р.
11. **Професор Микола Поліщук: мене надихнули зусилля Віктора Ющенка змінити буття на краще.**
Ж. Ваше здоров'я, 10.05.2002 р. С.1-4
Поліщук М.

12. **Медики дбають про майбутнє нації. Коли ж влада подбає про медиків.**
Доктор, 2002, №4. С.1-4
Поліщук М.
13. **Марнотратство не виправдовується бідністю.**
Ваше здоров'я, 15-21 листопада 2002р. №4 С.3
Поліщук М.
14. **Логіка перетворень — законодавче підґрунття.**
Еженедельник Аптека №13 (384), 2003р. С.5
Поліщук М.
15. **Право на охорону здоров'я, Як його реалізувати.**
Наш Київ, №1, 1 лютого 2003 р. С.1-2
Поліщук М.
16. **Державне фінансування має забезпечувати лікування хворих, а не утримання лікарняних закладів.**
Ваше здоров'я, №6, 14-20 лютого 2003 р.
Поліщук М.
17. **Два ректори в одному кріслі.**
Дзеркало тижня №30 (455) 9 серпня 2003 р. С.15
Поліщук М.
18. **Страховые страсти по медицине.**
Газета 2000. Еженедельник №36 (186) 5-11 сентября 2003 г.
Поліщук М.
19. **Як оздоровити галузь охорони здоров'я.**
Голос України. 9.09.2003 р. №168 (3168). С.6
Поліщук М. Є.
20. **Чи проводяться реформи в охороні здоров'я України?**
Ваше здоров'я. 12-18 вересня 2003 р. №35. С.3
Поліщук М. Є.
21. **Медичне страхування — не панацея. Потрібні глибинні і розумні реформи.**
Медик столиці. Вересень 2003 р. С.2.
Поліщук М. Є.

СПИСОК
винаходів професора М. Є. Поліщука

1. **Устройство для трепанации черепа**
№ 929081 21.01.82 г.
2. **Устройство для трепанации черепа**
№ 1131059 20.12.82 г.
3. **Способ лечения поврежденного нерва и устройства для его осуществления.**
№ 151287 01.04.92 г.
4. **Способ дифференцированной диагностики сотрясения и ушиба головного мозга легкой степени.**
№ 1617380 01.09.90 г.
5. **Способ лечения перелома лицевого скелета.**
№ 1697764 15.07.91 г.
6. **Устройство для остеосинтеза лицевого скелета.**
№ 48928883 27.02.92 г.
7. **Способ хирургического лечения переломов позвоночника**
№ 1683716 15.06.91 г.
8. **Способ лечения переломов позвоночника**
№ 1683717 15.06.91 г.
9. **Способ хирургического лечения остеохондроза позвоночника.**
№ 1690725 15.07.91 г.
10. **Способ лечения нарушений мозгового кровообращения ишемического типа.**
№ 1695914 08.08.91 г.
11. **Устройство для введения лекарственных и рентгенконтрастных веществ.**
№ 1671317 22.04.91 г.
12. **Устройство для окклюзии мешотчатых аневризм.**
№ 1769717 15.06.92 г.
13. **Протез тела позвонка.**
№ 2014041 15.06.94 г.
14. **Эндопротез тел позвонков.**
№ 2008851 15.03.94 г.
15. **Эндопротез межпозвонкового диска.**
№ 2020901 15.10.94 г.
16. **Устройство для аксиального спондилодеза.**
№ 20054432 15.01.94 г.
17. **Спосіб доступу до пухлини орбіти.**
№ 33359A 15.02.01 р.

ПУБЛІЦИСТИЧНІ ВИСТУПИ

Чи проводяться реформи в охороні здоров'я України?

Поліщук М. Є. — Голова Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства

На папері — так, в дійсності — ні. Скорочення штатів, ліжок, заяви про реформи, єдиний медичний простір тощо, аж ніяк не реформи.

На сьогодні ми маємо надлишок лікарів, лікарняних ліжок, утримання яких надзвичайно дорого коштує. Адже ми до сьогодні фінансуємо ліжко, не доплачуємо медичним працівникам усіх рівнів, змушуючи їх шукати можливість вижити за рахунок своїх пацієнтів. Рівень заробітної плати у 2-3 тис. грн. на рік «узаконює» хабарництво та вимагання. Згідно з розрахунком, за одного хворого дільничний лікар в рік дістає від 30 коп. до 1 грн. Це стільки ж, як відвідати з необхідності на вокзалі один-два рази громадське місце. У лікарів відсутня мотивація для підвищення свого професійного рівня. Вони змушені думати не про те, що, де і як прочитати, взнати нове за фахом, а як прожити, прогодувати сім'ю. Багато медиків займається різноманітним бізнесом, у тому числі торгуючи на базарах і співпрацюючи з фармацевтичними фірмами чи аптеками, а також працює на городі, займається господарством. Соціальний захист медичних працівників — це головний біль Верховної Ради, профспілок.

Конституція України (стаття 49) гарантує надання медичної допомоги в державних і комунальних закладах охорони здоров'я. Але виділених коштів у розмірі 2,6% від суми внутрішнього валового продукту (ВВП) держави, далеко недостатньо. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, що закріплено у статті 12 Основ законодавства про охорону здоров'я, цей показник встановлено на рівні не менше 10% ВВП. Неофіційні платежі стали дуже популярними та перевищують бюджетні у 2-3 рази. У Росії

вони складають 74 %, у Вірменії — 91 %. Думаю, що в Україні ситуація така ж. Чи зможе Міністерство охорони здоров'я при такому низькому фінансуванні щось зробити? Думаю, що нічого позитивного, хіба що зовсім не втручатися, віддавши гроші. Але питання кому? Медустановам, для фінансування великої кількості ліжок та лікарень? Та й міністри у нас міняються так швидко, що не встигають вивчити потреби тих же медичних установ. На виконання рішення Конституційного суду України Кабінет Міністрів України 11 липня 2002 р. затвердив Програму надання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги за переліком її видів, обсягів та нормативів фінансування. Але фінансування добавилося дуже мало, а зарплата залишилася мізерною, не дотягує до прожиткового мінімуму. Отже, ситуація не змінилася.

Кожен громадянин хоче вчитися, всі хочуть їсти, бути здоровими. Отже, одні вимагають явно, інші ставлять у залежність від себе хворих, а дехто, більш меткий, входить у співпрацю з аптекою, фармацевтичною фірмою, виписуючи хворим високовартісні ліки та отримуючи за це певні відсотки.

Таким чином, ми не лише недостатньо фінансуємо медицину, ми свідомо заганняємо охорону здоров'я в глухий кут.

За останні три роки фінансування галузі суттєво збільшилося: обсяги видатків в абсолютних цифрах на охорону здоров'я зростають: в 2001 р. — 5125,7 млн. грн.; у 2002 р. — 6051,9 млн. грн.; на 2003 рік передбачено 6982,4 млн. грн. (без відомчої медицини), середній розмір видатків з розрахунку на 1 жителя становив у 2001 р. — 104,5 грн., у 2002 р. — 125,4 грн., на 2003 рік передбачено 156, 2 грн.

Питома вага видатків на охорону здоров'я в обсязі зведеного бюджету по загальному фонду в 2003 р. очікується 14,2 % проти 13,1 % в 2001 р., з відомчою медициною — 15 %.

Питома вага витрат на медикаменти в обсязі бюджетних призначень у 2003 році очікується в розмірі 14,3 % проти 12,4 % у 2001 році.

Якщо в 2001 р. на медикаменти було спрямовано 397,4 млн. грн., то в цьому році планується виділити — 1030,9 млн. грн. Слід зазначити, що вперше Міністерство охорони здоров'я України фінансує галузь повністю згідно з планом: за 6 місяців 2003 року на фінансування охорони здоров'я із загального фонду зведеного бюджету спрямовано 3396,3 млн. грн., що склало 45,7 % до видатків, затверджених у відповідних бюджетах на поточний рік.

Посадові оклади працівників охорони здоров'я у порівнянні з минулим роком зросли на 32,1 %: на 17,9 % — з 1 травня та на 12,1 % — з 1 липня.

Комітет Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства тісно співпрацює з Міністерством охорони здоров'я по збільшенню фінансування галузі і в наступному році.

Чи відчули хворі та медики покращання фінансування галузі, чи зменшилася кількість хворих, що доплачують за обстеження, лікування, за

ліки, чи покращилася медична допомога? І на кінець — чи стали краще жити медики?

Однозначно прості люди всього цього не відчули, або просто відмітили, що щось почало робитися.

Отже, стан охорони здоров'я в Україні залежить не тільки від фінансування, але й від ефективного використання коштів. Кошти повинні бути спрямовані на пацієнта — на його обстеження та на ліки, а не тільки на утримання медичних закладів, яких в нас більше, ніж потрібно. Дехто і сьогодні декларує про необхідність будівництва лікарень.

Однозначно! Сьогодні в Україні немає потреби будувати жодної лікарні. При ефективному використанні будуть зайвими не менше 20-30% медичних закладів.

В охороні здоров'я надзвичайно чітко проявляється централізація управління, зарегламентованість постатейного фінансування, відсутність механізмів господарювання як лікарень, так і окремих відділень, служб. Однакову зарплату отримують лікарі відділення, в якому за рік пройшли лікування 600 пацієнтів та 2000 хворих на тій же кількості ліжок.

Багато говориться про сімейного лікаря, лікаря загальної практики, а досі готуємо більше від потреби фахівців вузьких профілів. При надлишковій підготовці студентів не можемо забезпечити сільські лікарні кадрами, при потребі сімейних лікарів у 33 тисячі маємо лише 1700.

Невже немає виходу з цієї ситуації? Є! І не лише в прийнятті закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування. Експертні групи Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства працюють над цим із залученням кращих фахівців у сфері охорони здоров'я, економістів, соціологів тощо. При цьому враховуються пропозиції МОЗ України.

Медичне страхування — не панацея для нашої системи охорони здоров'я. Біди в медицині не тільки від недофінансування, хоча грошове забезпечення — одна з головних засад охорони здоров'я. США виділяють щорічно 15-17% свого бюджету (за нашими мірками — дуже великого «пирога») на потреби охорони здоров'я, там діє розвинена система медичного страхування та приватна медицина, але проблем в охороні здоров'я теж достатньо.

Всі ми переконані, що фінансування охорони здоров'я має бути багатоканальним, включаючи бюджетне, котре забезпечить державні програми (по охороні здоров'я дітей, лікування інвалідів, пенсіонерів, по лікуванню інфекційних хвороб, включаючи туберкульоз, гепатити, ВІЛ/СНІД, тощо), обов'язкове медичне страхування (невідкладна допомога всім, регламентована планова допомога, регламентоване забезпечення ліками, тощо) благодійна діяльність, меценатство, різні доплати. Але все це повинно бути прозорим.

Доцільно розвивати приватну медичну допомогу, не тільки первинну, але й стаціонарну. Приклади вже є — це фірми «Борис», «Медіком»,

«Довіра». Так, не все в них гаразд. Але й в лікарнях, навіть у клініках науково-дослідних інститутах (НДІ) не все гаразд.

Частина лікарень і поліклінік можуть бути роздержавлені, акціоновані, тощо. Будівлі, обладнання, земельна ділянка — власність держави, а інтелект — власність акціонерів. Страхові компанії повинні активніше працювати по добровільному страхуванню, створювати свої клініки і показати рівень медицини. Частина лікарень і поліклінік повинні бути муніципальними. Але лікарні повинні мати статус самостійних неприбуткових суб'єктів господарювання. Тоді не буде проблем і з відомчою медициною. Може відомство утримувати, доплачувати — будь ласка, це ж для людей.

Нині визріла необхідність створення університетських клінік з повним підпорядкуванням медичним університетам. Та й клінічними базами в лікарнях мають керувати професори чи доценти, а не головні лікарі. Поряд з науковою роботою в клініці професор має виконувати обов'язки шефа клініки з повною відповідальністю цьому слову як де-факто, так і де-юре. Директор лікарні — менеджер з економічною освітою.

Ні в кого не викликає сумніву, що чим гірше живе населення, тим гірший стан його здоров'я, тим більше воно потребує медичної допомоги.

Укріплюючи здоров'я населення сьогодні, ми скорочуємо затрати на охорону здоров'я у майбутньому. Обсяг медичної допомоги повинен відповідати стану здоров'я населення, але в рамках наявного фінансування. Менше 5% ВВП на охорону здоров'я не може бути, це вже не охорона здоров'я. Це знову будуть марно викинуті гроші та головний біль в усіх, як в МОЗ так і в ВРУ: де? куди? і як? поділити те, що не ділиться. Лікар-початківець повинен мати в місяць близько 1000 гривень на руки, а не на папері, медсестра — не менше 500 гривень. Вони мають відповідний рівень освіти та несуть більшу відповідальність, ніж водії тролейбуса чи трамвая. Якщо ми цього не зробимо, вони завтра підуть з медицини. Куди? А ми вже показали куди. Риба шукає де глибше, а людина...?

Слід пам'ятати, що структура системи охорони здоров'я визначається особливостями населення: люди літнього віку частіше хворіють хронічними хворобами, курці та особи, які зловживають алкоголем, частіше мають ускладнення. Думаю, що лозунг «клієнт завжди правий» в медицині слід розглядати диференційовано. Курці та особи, що зловживають алкоголем, повинні доплачувати за своє лікування, або дбати про своє здоров'я і позбутися шкідливих для здоров'я звичок. Кожен повинен сам піклуватися про своє здоров'я і берегти його. Заяви про те, що не можна кинути палити — це безвідповідальність та ошукування.

Фінансування здійснювати з розрахунку на хворого, а не на ліжко. Заклад охорони здоров'я сам повинен розпоряджатися виділеними йому коштами. Необхідно визначити базову ціну хвороб і незалежно від того

де лікується хворий вартість лікування (не сервісних послуг) не повинна значно коливатися.

Держава забезпечує координацію охорони здоров'я. Незалежно від місця проживання хворого на його лікування повинна виділятися певна сума (місцевий + державний бюджети). Певні організації, фонди, меценати можуть проводити доплату.

Якою має бути оплата праці медичних працівників? На моє переконання, необхідно встановити мінімальну зарплату на рівні прожиткового мінімуму та доплати: за спеціальність (фтизіатр, психіатр, інфекціоніст, хірург тощо) та за кваліфікацію.

На цю оплату лікар повинен виконати певну регламентовану роботу (прийом у поліклініці визначеної кількості хворих, чергування, виїзди, консультації тощо). У подальшому доплата здійснюється за кожного якісно пролікованого хворого. Хворий має право вибору лікаря. Лікар має право на гонорар, але це повинно регулюватись законом. З гонорару проводиться оподаткування згідно з чинним законодавством.

Необхідно також взяти до уваги такий стимул, як можливість займатися приватною практикою. Думаю, що самостійно приватною практикою можуть займатися лікарі, які мають стаж роботи в державних чи комунальних закладах охорони здоров'я за обраною спеціальністю не менше 10-15 років і мають першу або вищу кваліфікаційну категорію. Займатися приватною практикою такі лікарі можуть у вільний від роботи час, причому використовувати для цього як державні, комунальні заклади охорони здоров'я, так і приватні.

Асоціація фахівців рекомендує видачу ліцензій для приватної лікарської практики, а також її анулювання. Ліцензія видається пільгова, на обласному рівні. Оподаткування лікарів, які відпрацювали в державному (комунальному) закладі охорони здоров'я, повинно бути пільговим.

Отже, проведення реформи в охороні здоров'я: роздержавлення закладів охорони здоров'я, диференційована оплата за пролікованого хворого за виконану роботу, вибір лікаря хворим, приватна практика сама скоротить кількість ліжок і лікарень. Це сприятиме покращанню якості надання медичної допомоги та підвищенню професійного рівня медичних працівників.

Колегія Міністерства охорони здоров'я України, яка пройшла 31 липня цього року при активній участі народних депутатів України — членів Комітету з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства, намітила шляхи реформ в охороні здоров'я та принципи підготовки медиків, рівень яких відповідав би міжнародним стандартам.

Підготовка медиків повинна проводитися за визнаними параметрами. Рейтинговий вступ до медичного вузу, здача іспитів анонімно на право працювати за фахом незалежній комісії МОЗ із залученням асоціацій

фахівців, у тому числі закордонних, щоб лікар дістав диплом, який визнається за кордоном.

Час проводити зміни в галузі, щоб вона працювала і фінансувалася для хворих, не забуваючи при цьому тих, хто надає медичні послуги, — медиків. При цьому не сподіватись, що один закон, в тому числі закон про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування, щось змінить на краще. Законопроект у вересні буде винесено на розсуд народних депутатів України. Їм вирішувати, чи приймати його. А нам необхідно реформувати галузь — для покращання надання медичної допомоги населенню та підвищення рівня життя медиків.

Під лежачий камінь

*«Хто не знає, в яку гавань пливати,
для того не буває попутного вітру»*

Сенека

Кого влаштовує сьогоднішній стан справ охорони здоров'я в Україні?

Думаю, що нікого: ні пацієнтів, ні медиків, ні Уряд, ні Президента, ні народних депутатів, які постійно звертаються в профільний комітет Верховної Ради та в Міністерство охорони здоров'я з питаннями вирішити проблеми своїх виборців.

Хворі і медики вбачають всі негаразди галузі в недостатньому фінансуванні. І мають рацію. Дійсно галузь фінансується ледь на третину від потреби та й надходження коштів неритмічне.

В зв'язку з недостатнім фінансуванням медична допомога стала недоступною для більшості населення. За останні 5 років фінансування галузі охорони здоров'я збільшено більш як вдвічі: 1999 рік — 3808,8 млн. грн., 2003 р. — 8075,6 млн. грн.

Чи відчув це пацієнт, чи помітили це медики?

Отже не тільки у фінансуванні проблеми охорони здоров'я!

Важливе значення має і якість медичної допомоги. Ті, хто може проплатити лікування, а також ті, хто має владу в руках, але їдуть лікуватися за кордон перш за все вважають на якість лікування.

Всі жаліють за тією системою в охороні здоров'я, яка була в УРСР. Хочу відмітити, що рівень медичної допомоги був посередній і розрахований на середньостатистичного пацієнта. Його можна прохарактеризувати як доступний, безвідмовний і безвідповідальний. Тільки окремі особистості «виривалися» з цієї посередності, хтось розвивався попадаючи в «русло», хтось виїжджав за кордон, а більшість губилася в загальному потоці. В той же час медицина за кордоном розвивалася, її досягнення доходили

до нас із запізненням (замкнутість простору, ізоляція, все радянське саме ліпше, незнання мови і т.д.). І якщо раніше здобутих в інституті знань вистачало на 10, потім на 5 років, то тепер з ними вже не можна навіть починати працювати. Після закінчення ВУЗу необхідна спеціалізація.

Отже знань набутих в інституті недостатньо. Їх недостатньо і після закінчення ВУЗу. Адже багато тих, хто навчають, не знають рівня медицини європейської, світової, а якщо знають, то з даних літератури. Рідко хто їде за кордон в клініки по профілю і привозить сюди методики. А дехто тільки поверхнево знайомиться з досягненнями своїх закордонних колег, вивіщує сертифікати іноземних асоціацій, або академій, але знань і вміння від цього не добавляється.

Надзвичайно важливе значення мають негативи навчання на платній основі молоді, яка не тільки не має відповідних знань за школу, але й тих, хто по своїх «здібностях» не може освоїти програму вищої школи. Плата за навчання дає право вчитися, але не купляти диплом фахівця. Це повинно бути аксіомою. А доводити аксіому слід відповідним, анонімним іспитом, а ми доводимо життям.

Отже одне із важливих завдань в охороні здоров'я, та й не тільки в ній — це якісна підготовка фахівців в ВУЗі і особливо післядипломна.

Сьогодні слід готувати медичні кадри, які б знали і могли працювати згідно вимог доказової медицини і при цьому творчо думати, а не посилятися на практику авторитетів. От тоді наші можновладці і багаті будуть нам вірити і гроші вкладатимуть в нашу медицину.

Що для цього необхідно. На мій погляд — рейтинговий прийом до ВУЗу, навіть для платників, мотивація вчитися добре, відповідальний іспит після закінчення ВУЗу, участь асоціацій у визначенні післядипломної підготовки та сертифікації кафедр, клінік тощо.

Програма підготовки медичних кадрів на 1993—2005 рр. була затверджена в 1992 р. Але до сьогодні вона існує тільки на папері.

Отже якість надання медичної допомоги суттєво залежить від підготовки медичних кадрів, рівня їх кваліфікації та належного діагностичного, лікувального обладнання і медикаментозного забезпечення.

Потенціал в Україні є. Це перш за все спеціалізовані клініки АМН України і центри обласних та міських лікарень. Як викладачі так і студенти повинні знати англійську мову, володіти роботою в Інтернет. Нічого придумувати нові методики, розробляти свої національні стандарти нічого.

В клініках НДІ, в багатьох спеціалізованих центрах на сьогодні діагностичне обладнання не погане. Не вистачає обладнання для лікування хворих, моніторингу після проведення операцій і дуже велика нестача витратних матеріалів та ліків.

Таким чином, знову проблема в грошах — не вистачає фінансування. Це так.

Але виникає питання — чи раціонально використовуються виділені для галузі кошти? Відповідь однозначна — не раціонально.

У нас залишилася з часів радянського періоду високозатратна спеціалізована, стаціонарна та поліклінічна допомога, документи, регламентуючі кількість ліжок, штатів, відвідувань. Тобто медицина зацікавлена в збільшенні кількості хворих, тривалості їх перебування на ліжку згідно нормативів, а не стану здоров'я, збільшенню кількості відвідувань в поліклініці тощо.

Таким чином ми маємо ситуацію, при якій чим більше лікарів, тим більше хворих, чим більше вузьких спеціалістів, тим більше захворювань в однієї людини.

У нас відсутній лікар, який був би зацікавлений в наявності здорових людей, у якого була б мотивація працювати для здорових, тобто лікар, доходи якого збільшувалися б при зменшенні хворих людей.

Це може бути тільки сімейний лікар, підготовлений на засадах лікаря загальної практики і практикуючий як юридична особа з виділенням кошторисом для надання невідкладної первинної медичної допомоги. Він працює як приватний підприємець по відношенню до держави. Чим менше у нього хворих, тим менше роботи і більше залишається грошей. За кордоном так практикують 45–65% медиків і більше 50% свого часу витрачають на профілактику захворювань. Вони знають сім'ю, знають кого, коли і до кого направити для кваліфікованої спеціалізованої медичної допомоги, щоб їх пацієнти менше хворіли. Тобто мотивація такого лікаря працювати для попередження захворювань та ефективного їх лікування. На первинну медико-профілактичну допомогу за кордоном витрачається від 60 до 70% коштів. Так для цього потрібен контроль як адміністративний, так і громадський.

У нас названими сімейними лікарями працюють 1,44% — це близько 2000 лікарів при потребах від 27000 до 33000. Ще в 2000 році В. А. Ющенко підписав постанову Кабінету Міністрів №989 від 20.06.00 р. «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я». З того часу підготовлено всього близько 3000 сімейних лікарів, працюють на папері менше 2000, з них як юридичні особи — одиниці. Невже не зрозуміло, що без мотивації заробити на нормальне життя ніхто якісно працювати не буде! А тут направляють лікаря в село і визначають йому мізерну ставку. Смішно?! Ні! Не зрозуміло! Чому наявний досвід не тільки за кордоном, а й у м. Комсомольську Полтавської області не може стати в нагоді? І в Києві є подібні починання! То чому така ригідність дій, мислення? Чому це не проводиться на рівні місцевого самоврядування? Адже є відповідні закони і про місцеве самоврядування, і про закупівлю товарів та послуг за державні кошти, і в решті-решт в Основах законодавства про охорону здоров'я є відповідна стаття.

Отже можливості раціонально використати виділені кошти існуюче законодавство дозволяє.

Знову повернемося до фінансування та його ефективності.

Ми повинні визнати, що коштів у держави не вистачає, що сьогодні вже слід визначити перелік медичних послуг, гарантованих державою, визначити групи населення та захворювання, при яких медична допомога надається безкоштовно, а при яких проводиться доплата. Слід глянути правді в очі і не ховатися за 49 статтю Конституції та Рішення Конституційного суду. Адже давно вже більшість населення платить за медичну допомогу, але все це на межі порушення закону, а деколи і близьке до криміналу.

Надзвичайно важливим в цьому є визначення кількості медичних послуг для стаціонарів на виділені бюджетні кошти і надання медичному закладу статусу самостійного господарювання. Медичний заклад згідно конкурсу виграє в держави (МОЗ, Управління охорони здоров'я, відомство) тендер на медичні послуги. Медичний заклад має глобальний, а не постатейний бюджет, по контракту набирає персонал, який здатний надавати кваліфіковано допомогу згідно прийнятих протоколів і економити кошти. Проплата лікарю проводиться згідно контракту за якісно зроблену роботу. Мотивація працювати у фахівця такого рівня — більше якісно зробленої роботи. Здається зрозуміло. Ми маємо лікаря, зацікавленого в здорових людях, який працює на профілактику, і лікаря, зацікавленого в хворих людях. Але в обох є мотивація якісно працювати, щоб більше було здорових людей.

Сьогоднішнє законодавство дозволяє це робити уже завтра. І цим необхідно скористатися. Адже сьогодні ми фінансуємо галузь охорони здоров'я для галузі, а не для пацієнта. Галузь повинна фінансуватися для потреб пацієнта, при цьому забезпечити можливість нормального фінансування медика за якісно виконану роботу, а не на ставку.

Якщо ж ми залишимо ситуацію так, як вона є сьогодні, що ми матимемо? А матимемо те з галуззю, що маємо сьогодні з пацієнтами.

Люди давно вже платять за своє лікування не знаючи вартості медичних послуг, не контролюючи його якості та відповідальності медиків. Сьогодні кількість медичних закладів залишилася такою ж, як і була, а в деяких регіонах ще й будують досі. І показують це як досягнення свого правління в регіоні. Ні, шановні, — це ваше недолуге, безгосподарське правління і ніякої перспективи в мисленні.

Отже, скоротили ліжка із 120 на 10000 населення до 80 - 90 в залежності від регіонів. Але кількість лікарень не скоротилася. При цьому відомо, що не працююче ліжко вимагає 60-65% фінансування працюючого. По-друге, скоротили не існуючі ставки. Поки що це не стосувалося живих людей — реакцій не було. Але інститути випускають лікарів безконтрольно, заробітну плату слід підвищувати, але в межах виділених коштів. Отже виникає необхідність скорочення медичних працівників. Така ситуація уже є — м. Кременчук Полтавської області. З березня цього

року не буде чим платити заробітну плату. То невже слід скорочувати живих людей? Ні. І ще раз ні! Вихід є і його слід застосовувати. По-перше, в держави сьогодні є гроші, щоб не скорочувати медиків не тільки в Кременчузі, а навіть, щоб підвищити зарплату до 237 грн. із збереженням посадових окладів — в бюджеті заховано понад 6 млрд. грн., а необхідно для медиків, освітян і працівників культури приблизно 2 млрд. грн.

Не можна залишати за межею бідності людей, які несуть культуру, навчають і лікують людей, а тим більше їх скорочувати. Це не тільки злочин, це великий гріх.

Для виправлення ситуації в Кременчузі необхідно врахувати несприятливий екологічний коефіцієнт, надати можливість статусу обласного медичного центру поряд з Полтавою.

Але все це тимчасове латання дірок, або перетягування ковдри з ніг на голову, а з голови на ноги — все рівно замерзнеш.

Багато надій покладають як пацієнти, так і медики на закон про обов'язкове медичне соціальне страхування, який був відхилений ВР України в липні 2003 р. Тепер він знову поданий до розгляду під №0944. Як лікар, професор-нейрохірург і людина, яка детально вивчила законодавство в цьому плані можу сказати, що прийняття цього закону не вирішить проблему, визве надзвичайне соціальне загострення ситуації, як серед медиків, так і серед населення.

Набагато більш виграшним є законопроект під №3370 про фінансування та державне медичне страхування. В цьому законопроекті передбачається зберегти бюджетне фінансування (не менше 15% бюджетних коштів) на захищені державою медичні програми (туберкульоз, ВІЛ/СНІД, невідкладна допомога, пологи, вакцинація, діабет, епілепсія та інші). А також державне страхування спеціалізованої допомоги. В законі детально розписані фінансове забезпечення медичної допомоги. В законопроекті розписано і реформування галузі і винагороди (гонорар) медикам за якісно виконану роботу із страхових внесків.

Слід пам'ятати, що невідкладна медична допомога повинна надаватися всім безоплатно, а планова спеціалізована регламентується можливостями профінансувати з бюджетних, страхових та інших надходжень.

Не треба боятися відкривати приватні клініки, прийоми, частину закладів переводити на госпрозрахунок. Хто має кошти, піде в приватну клініку, чи в клініку страхової компанії.

Сучасні технології дозволяють перевести частину закладів в заклади медичної та соціальної реабілітації з тривалим перебуванням, де утримання закладу може бути за рахунок соціальних фондів, за рахунок оплати, а медичне забезпечення із системи охорони здоров'я.

Таким чином, без проведення радикальних змін в системі охорони здоров'я, коштів на лікування хворих ніколи не вистачатиме. Адже їх не вистачає навіть в США і Німеччині.

Крім цього кожен повинен пам'ятати, що здоров'я залежить перш за все від соціально-економічних умов і способу життя на 40–50%, спадковості на 30-40% і тільки на 10-12% від медицини.

Отже кожен з нас повинен думати за своє здоров'я і не чекати поки хтось буде думати.

Профільний Комітет Верховної Ради України разом з Міністерством охорони здоров'я України повинні бути не тільки ідеологами, але й провідниками змін охорони здоров'я для людей і для медичних працівників. Місцеві влади мають можливість уже сьогодні змінювати ситуацію на краще.

Під лежачий камінь вода не тече. Робиш — не бійся, боїшся — не роби, не зробиш — загинеш.

Здоров'я — найбільша людська цінність

Не до всіх і не відразу прийшло розуміння того, що медицина в цілому — надто дорога справа. Сучасний стан фінансування галузі вкрай недостатній і не створює передумов для надання якісної медичної допомоги в необхідних обсягах, особливо для соціально незахищених верств населення. Тож ситуація, що склалася у державній системі охорони здоров'я давно не задовольняє ні медичний персонал, ні населення. Саме вона привела до серйозної кризи галузі, що потребує докорінних змін. Адже не секрет, що, не зважаючи на конституційні гарантії безкоштовної медицини, значна частина медичних послуг платна.

Протягом останнього десятиріччя точиться чимало розмов про медичне страхування. На сьогодні у Верховній Раді зареєстровано 2 законопроекти — «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» та альтернативний йому «Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування».

Як же далі розвиватиметься медицина — стратегічно важлива галузь, покликана підтримувати певний рівень здоров'я населення при катастрофічній демографічній ситуації в країні? Це питання хвилює сьогодні кожного, адже від його вирішення залежить наше майбутнє, майбутнє наших дітей.

На бесіду з цієї проблеми ми запросили Голову комітету Верховної Ради з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства, професора, члена-кореспондента АМН України М. Є. Поліщука.

— Миколо Єфремовичу, як Ви оцінюєте ситуацію, що склалася у системі охорони здоров'я, зокрема фінансування галузі?

— Сьогодні всі негаразди в охороні здоров'я пов'язують з недостатнім фінансуванням. І з цим абсолютно можна погодитися, бо держава дійсно

фінансує лише на 1/3 від того, що замовляють медики і Міністерство охорони здоров'я, — говорить Микола Єфремович. — Але якщо ми завтра профінансуємо повністю, я переконаний, що через рік знову не вистачатиме грошей. Приміром, якщо бюджет охорони здоров'я за 1999 рік становив 3 мільярди 808 мільйонів 800 тисяч, то у 2003 році — вже 8 мільярдів, 75 мільйонів, 600 тисяч.

Тобто маємо суттєве збільшення фінансування галузі. Чи відчули це медики або хворі? Ні, не відчули це ні медики, ні хворі. Покращення результатів роботи не відбулося тому, що система охорони здоров'я діє не ефективно. Вона побудована так, що фінансування йде на утримання галузі, а не на пацієнта, водночас як держава має фінансувати галузь не для галузі, а для хворого (як це робиться в цивілізованих країнах). У нас же гроші витрачаються на утримання закладу, мізерну заробітну плату, мізерне харчування. І практично нічого не залишається на ліки, хірургічні або лікувальні заходи. Ще — трошки на закупівлю обладнання в діагностичні центри тощо.

Недостатнє фінансування перш за все болісно відбилося на пацієнтах, які з 1999 року почали доплачувати за лікування. Причому, ціни були просто не цивілізовані, бо Міністерство охорони здоров'я не визначило як виконавчий орган, вартість цих медичних послуг, люди платили — не знаючи за що, кому і скільки. Тоді ж заговорили про взятки, корупцію в охороні здоров'я, а це по суті була проплата за медичні послуги, що не фінансувалися з бюджету. Практично це було й доплатою до мізерної заробітної плати медичним працівникам, які надають допомогу найдорожчому, що є в людини — здоров'ю, і які повинні мати за це належну плату і належне життя.

Згодом почалося підвищення заробітної плати медичним працівникам. Але разом із заробітною платою зростала і інфляція, піднімалася вартість медичної продукції, зокрема ліків (оскільки, як ми знаємо, фармацевтична галузь вже давно працює в ринкових умовах). Сьогодні ми стали перед фактом, коли грошей, які виділяються бюджетом галузі, катастрофічно не вистачає не лише на лікування пацієнтам, але й на заробітну плату медичним працівникам. Тож з березня нинішнього року у медичних закладах починаються великомасштабні скорочення штатів кількості медичного персоналу, що працює в неефективній галузі охорони здоров'я.

Працюючи в умовах неефективної галузі, лікар зацікавлений у хворій людині, бо чим більше надається медичних процедур, значить виконуються «ліжкодні». Крім того, знайдуться пацієнти, які спроможні заплатити за своє лікування — або добродійно, або просто в кишеню.

У нас зовсім не створено інститут сімейного лікаря, сама малозатратна ланка медицини. За кордоном, згідно цієї ланки, вже працюють від 45 до 65% лікарів, а в нас лише 1,44%.

Водночас ми маємо потужну і дуже затратну через утримання стаціонарну допомогу, і таку ж дуже затратну поліклінічну. За даними аудиту, проведеними лікарем-експертом Олександром Васильовичем Мостопаном у ряді міст України, лікар із поліклініки витрачає на роботу з пацієнтом безпосередньо лише 23%, а на стаціонарі — 50% робочого часу.

На незадовільний стан роботи галузі впливають і негативні риси неефективної медичної допомоги, залишені нам у спадок від України радянської. Це — вседозволеність, доступність, безвідповідальність. Доступність: можна завжди було покласти у стаціонар будь-якого хворого, або мало хворого, або непотрібного хворого (якщо була скарга чи ще щось); вседозволеність: лікували хто як міг і хто як знав, ніхто не лікував згідно тих стандартів, які характерні для тої чи іншої хвороби; безвідповідальність: ніхто не відповідав за результати лікування: «вскрытие покажет». Сьогодні рівень медицини залишився таким же низьким.

— Отже, назріла потреба проведення реформи системи медичного обслуговування. Якою Ви її бачите?

— Перш за все, медичним закладам потрібно надати статус самостійних суб'єктів господарювання з глобальним бюджетом і наймом лікарів-медиків на контрактній основі. При цьому необхідно визначити стандарти надання медичної допомоги, а також вартість медичних послуг. Фінансування має відбуватися не за принципом «фінансувати ліжко», а безпосередньо хворого.

— Необхідно також запровадити і розвивати інститут сімейного лікаря. Сімейний лікар повинен мати високу кваліфікацію, його треба готувати за принципом лікаря загальної практики — якими колись були земські лікарі, вони багато знали і могли надати невідкладну допомогу при будь-якому захворюванні. Сімейний лікар не повинен «сидіти» на чітко визначеній зарплаті, він має стати розпорядником коштів, які виділяються на догоспітальну, тобто на первинну допомогу. Відповідно, чим менше він матиме хворих, тим менше буде роботи і тим більше залишиться коштів. Отже, зацікавленість цього лікаря в тому, щоб у нього на дільниці було більше здорових, а не хворих людей. Адже чим якісніші він надаватиме послуги, тим менше люди хворітимуть. Разом з тим, він буде знати, хто в поліклініці, стаціонарі може надати хорошу, кваліфіковану спеціалізовану допомогу і за яку вартість, направити своїх пацієнтів, щоб дістати здорову людину.

Тобто ми повинні сьогодні створити діючу систему, де має бути лікар зацікавлений у здорових людях. Ми повинні створити другу систему діючу, де лікар зацікавлений у якісно зробленій роботі і за якісно зроблену роботу отримувати гроші.

Друга ланка, крім сімейного лікаря — це та ж поліклініка, той же стаціонар, де проплата повинна бути не за те, що лікар вийшов на роботу, не за виконання «ліжкоднів», а за кількість якісно зробленої роботи, тобто кількість якісно пролікованих хворих. А контролює сімейний лікар.

Для того, щоб все це спрацювало, потрібно змінити систему підготовки кадрів, яка у нас сьогодні дуже низької якості. Тому надзвичайно важливо поліпшити якість підготовки кадрів лікарів як у медичних вищих навчальних закладах, так і особливо якість післядипломної підготовки. Лікар повинен відповідати тим стандартам підготовки, які сьогодні застосовуються в Європі і в Америці.

Слід зазначити, що рівень нашої медицини низький по двох причинах. Перша: замкнений простір: мало хто міг виїздити за кордон освоювати сучасні методики, які розвиваються. Адже на сьогодні інститутських знань замало, слід дістати ще додаткову спеціалізацію або підготовку, бо щороку оновлюються технології. Більшість же наших лікарів, навіть викладачі, не мають доступу до Інтернету. А якщо і їздять за кордон — на симпозіуми, конференції, привозять сертифікати, то методів, як їх застосувати в клініці, не знають.

Особливо негативно вплинуло на неякісну підготовку кадрів платне навчання. Платне навчання може бути, коли людина спроможна платити за те, що вчиться. Але це не означає, що як куплено диплом, то вже є фахівець. Часто приймають у вузи людей, які за своїми здібностями не спроможні засвоїти програму вузу, але вони проплатили. А раз так, то хай вчаться ще, коли мають можливість платити. Але допускати до лікування необхідно тільки тих, хто освічений, хто має певні знання.

Дуже важливим у реформі має стати розвиток страхової, приватної медицини. Адже держава не може на сьогодні профінансувати всю систему охорони здоров'я. Вона може лише взяти на себе фінансування соціальних програм і першої невідкладної допомоги. Тому система охорони здоров'я, вважаю, має бути багатукладною з фінансового боку, тим самим має розвантажити бюджетні кошти. Планова медична допомога має бути регламентована. Причому регламентована не можливостями медичного закладу надати допомогу, а можливостями держави профінансувати цю медичну допомогу для певного пацієнта, чи якщо це добровільне медичне страхування, купити той чи інший страховий поліс.

— Миколо Єфремовичу, а як на законодавчому рівні вирішуються процеси реформування. Адже відомо, що сьогодні на розгляді у Верховній Раді 2 законопроекти, від яких залежить подальший розвиток медичної галузі.

— Вже відбулося обговорення законопроекту «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування», який не був прийнятий Верховною Радою через велику кількість критичних зауважень та недоліків, у тому числі від Світового банку. Зараз законопроект вже серйозно доопрацьований. До нього внесено майже 200 поправок. Однак проблема в тому, що Закон цей не вирішить проблем галузі охорони здоров'я. Потрібний масштабніший закон про фінансування галузі, де необхідно передбачити не тільки обов'язкове медичне соціальне страхування, але

й всі форми фінансування галузі охорони здоров'я: і бюджетну, і обов'язкове медичне соціальне страхування, і приватну, і добровільне страхування, і меценатство. Фінансування галузі має стати багатоканальним.

— Як відомо, до Верховної Ради подано та зареєстровано альтернативний проект Закону «Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування», співавтором якого є і Ви з групою авторів та експертів. Хотілося б почути Ваш коментар щодо окремих його положень.

— Альтернативний законопроект (реєстраційний номер — 3370) передбачає фінансування охорони здоров'я та державне медичне страхування. Законопроектом запропонований комплексний підхід до розв'язання проблем фінансування охорони здоров'я, розроблені правила, принципи та механізми запровадження обов'язкового медичного страхування, визначені гарантовані обсяги медичної допомоги та джерела її фінансування, сформульовані пріоритети розвитку добровільного медичного страхування.

Також встановлюються нормативні поняття рівнів надання медичної допомоги, тобто екстрена, ургентна медична допомога, направлена на збереження життєвих функцій пацієнта забезпечується за рахунок держави, кожному гарантується встановлений обсяг такої допомоги. Інший рівень надання медичної допомоги, що забезпечує збереження здоров'я людини, надається за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування, тобто кожному гарантується у разі захворювання надання медичної допомоги належного обсягу за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування. Звичайно, що деякі категорії людей вимагають для себе особливих умов лікування. Це сервіс, додаткові дослідження, дорогі лікарські засоби тощо. Така медична допомога надаватиметься за рахунок добровільного страхування та за кошти фізичних та юридичних осіб.

Законопроект встановлює чіткі межі між джерелами фінансування охорони здоров'я та обсягом медичної допомоги. За рахунок державного та місцевих бюджетів і за рахунок обов'язкового та добровільного медичного страхування надаються окремі медичні послуги. Таке регулювання має відбутися завдяки обов'язковим програмам надання медичної допомоги (Програми державного медичного забезпечення та Програми обов'язкового медичного страхування), які розробляє та затверджує Кабінет Міністрів України. Цей механізм дасть можливість регулювати державні гарантії надання медичної допомоги залежно від наявних ресурсів у системах, а також створити умови для запровадження в медичну практику більш наукоємних, економічних методів діагностики та лікування.

У системі обов'язкового медичного страхування застрахованими особами будуть усі громадяни України. Категорії громадян поділені за принципом «хто за кого платить?».

Так, за робітників сплачують роботодавці та органи місцевого самоврядування, органи місцевого самоврядування сплачують також за самозайнятих осіб, за пенсіонерів — Пенсійний фонд; за інвалідів, безробітних, хворих — відповідні фонди соціального страхування. Діти до 16 років, студенти, учні, єдиним джерелом яких є стипендія, автоматично застраховуються у страховика (організація, що страхує), якщо хоч один з батьків застрахований у такого страховика. За дітей ніхто не сплачує, джерелом їхнього страхування є частка джерела страхування батьків. Розміри внесків фіксовані, залежать від прожиткового рівня та коригуються один раз на рік. Внесок встановлюється у вигляді фіксованої суми і не залежить від розміру доходу.

— Як Ви ставитесь до законодавчого введення у вжиток таких понять, як лікарський гонорар та платні медичні послуги?

— Платні медичні послуги вже давно існують. Люди платять, але не знають, як, кому і за що? В законопроекті «Про фінансування охорони здоров'я» передбачається безкоштовна медична допомога в закладах державної, муніципальної власності, і разом з тим передбачається право лікаря на встановлений законодавством гонорар, з якого медичний працівник повинен сплатити податок.

Від такої «детінізації» медицини виграє як держава, так і населення. Втім, доплата за лікування має залишатися для тих категорій людей, які не слідкують за власним здоров'ям, наприклад, зловживають алкоголем та тютюном і тим самим провокують захворювання.

Це не обов'язково має бути доплата лікарю — можна доплачувати за медикаменти чи госпіталізацію. Людина повинна привчатися сама дбати про власне здоров'я.

Одним з важливих моментів запропонованої реформи є те, що створюється система, коли «гроші ідуть за пацієнтом», тобто медики отримують оплату за кожного пролікованого хворого.

— Як у новому законодавстві трактуватимуться поняття: медичні послуги і медична допомога?

— Я би сказав, що не можна так диференціювати: медична послуга і медична допомога тому, що медична допомога складається з ряду медичних послуг. Є медична допомога, яка може вмістити в себе декілька медичних послуг хворому. Наприклад, обстеження лікаря-кардіолога. Щоб лікар-кардіолог подивився, потрібно виміряти артеріальний тиск, зробити електрокардіографію, аналізи, ехокардіографію. Це все медичні послуги. І в залежності від того, яка людині має бути надана медична допомога або медична послуга, слід визначати необхідність її проплати. Кабінет Міністрів повинен визначити їх вартість, а також обов'язкову структуру населення, яка може отримувати такі послуги.

— А як вирішуватиметься питання медичного обслуговування пенсіонерів?

— За них повністю має платити держава. Як раз це і передбачається у законопроекті №3370 «Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування», де визначається гарантований рівень медичної допомоги та послуг цій категорії населення. За цим законопроектом пенсіонери страхуватимуться із Пенсійного фонду і згідно страховки, страхового полісу, отримуватимуть лікування.

При роботі над законопроектом ми особливу увагу приділили доступності користування медичною допомогою пенсіонерами. Гостра проблема — ліки. Адже відомо, що людина після 60 років має, як правило, не менше 5-6 захворювань кожна. Навіть враховуючи ту ситуацію, що для пенсіонерів та інвалідів є пільгові рецепти, все одно проблема не вирішується, бо пенсії в основному невеликі, а ліки коштують дорого. Часто ми цих людей кладемо у стаціонар тоді, коли їм необхідно просто дати потрібні ліки і розповісти, як адекватно їх приймати.

Безперечно, створення системи обов'язкового медичного страхування, як одного з елементів реформи охорони здоров'я, вкрай необхідне, але соціальне медичне страхування повинне захищати здоров'я громадян, особливо соціально незахищених груп населення, а не стати ще одним додатковим податком.

Законопроект отримав позитивні експертні висновки спеціалістів Світового банку та Головного науково-експертного управління апарату Верховної Ради України. Позитивно оцінили законопроект народні депутати України, керівники організацій та установ, у тому числі медичних.

Багато корисних зауважень отримано від фахівців різних напрямків, багато з цих зауважень було враховано при підготовці законопроекту.

Приречений батальйон

Участь у миротворчих місіях

(Погляд лікаря політика)

Участь України в міжнародних миротворчих операціях під егідою ООН та НАТО є пріоритетним напрямком розвитку зовнішньої політики та забезпечення регіональної воєнної безпеки в сучасних умовах.

За 11 років миротворчої діяльності близько 18 тисяч українських військовослужбовців взяли участь в міжнародних миротворчих операціях в рамках 13-ти місій ООН. На сьогодні збройні сили України залучені до участі в десяти миротворчих місіях

Що ж дали нам миротворчі місії.

Афганістан: Втрати особового складу безповоротні 11250 чоловік, санітарні-466425, з них поранених 50000, хворих — більше 400000.

Співвідношення числа поранених до числа хворих у середньому складо 1:8, а бойових санітарних втрат до не бойових 1:10 — 1:12.

За період війни в Афганістані втрати хворими склали 88,13% від загального числа санітарних втрат, що є закономірними для локальних воєн і збройних конфліктів ХХ століття.

Система медичного забезпечення військовослужбовців міжнародних миротворчих контингентів дозволяє вирішувати питання експертизи, динамічного медичного спостереження, медичного контролю за дотриманням режимів праці, відпочинку, харчування, санаторно-курортного лікування тощо.

Чи можливо це дотриматися в умовах бойових дій, а також в екстремальних умовах, в тім числі при постійному очікуванні цих екстремальних дій? Стан системи лікувально-евакуаційного забезпечення хворих в період війни в Афганістані.

Санітарно-епідемічні умови в Афганістані характеризувалися високою інфекційною захворюваністю вірусними гепатитами А, черевним тифом, паратифами, гострими кишковими, інфекціями різної етіології, малярією — це 63,5% від числа всіх санітарних втрат.

Надзвичайно високий рівень імунно-депресивних станів, що суттєво знижує резистентність організму до збудників інфекцій зокрема черевного тифу.

Більшість захворювань визвані неадекватним водопостачанням військовослужбовців, що є актуальним і на сьогодні як в Іраці так і особливо в Сьєра-Ліоне та в Ліберії.

Туберкульоз був однією з актуальних проблем медичної служби протягом усього періоду перебування військ в Афганістані.

Всі ці захворювання особливо загострюються при стресах, травмах, пораненнях — виникають «міксти» тобто змішані, або поєднанні захворювання, котрі спричиняють поліорганну недостатність як в період гострого захворювання, так і в наступному.

Як свідчать публікації подібна ситуація була і в Чеченській республіці та в Косово.

Участь в миротворчих місіях не тільки призводить до санітарних бойових втрат, але й до численних захворювань після цього. Як наслідок стресових ситуацій та перебування в екстремальних кліматичних умовах є раннє виникнення гіпертонічної хвороби, інтенсивний головний біль, ранній розвиток атеросклерозу мозкових та коронарних артерій, швидке ураження органів-мішеней (мозок, серце, нирки).

Дослідження медиків показують, що використання високоточної, мінно-вибухової, касетної і вакуумної зброї приводить до змін в структурі санітарних втрат, які можна порівняти із втратами від застосування ядерних боеприпасів малої потужності.

Протягом минулих років біля 20 тисяч військовослужбовців збройних сил України взяли участь в міжнародних миротворчих операціях в рамках 14-ти місій ООН. За цей час Україна втратила 26 військовослужбовців.

67 військових отримали поранення, скільки перехворівших, стали інвалідами?

Необхідно відмітити, що більшість країн у яких сьогодні виконуються миротворчі місії військовослужбовцями збройних сил України (Ліван, Сьєра-Леоне, Конго, Ефіопія, Ірак) є епідемічними по багатьох захворюваннях (чума, холера, лепра, жовта лихоманка, СНІД, вірусний гепатит А, тропічна малярія, спірохетози та риккетсіози).

Цікаві дані про стан здоров'я ветеранів, що брали участь у Перській затоці при бойових діях в Іраку.

Число британців, що постраждали від зброї із збідненим ураном сягає 5 тисяч, до початку 2001 року, померли 450 британських ветеранів, і 80 покінчили життя самогубством.

При порівнянні стану здоров'я людей Іраку до війни (1991 р.) та після війни (1998) в східних районах Іраку показало збільшення кількості хворих на рак в 4 рази, генетичних аномалій новонароджених в 6 разів. Різноманітні форми лейкемії (захворювання крові) виявлено у 400 солдат миротворчого контингенту і боснійських сербів, 20 випадків захворювань лейкемією були смертельними. Слава богу не виявлено цих захворювань серед миротворців України. Поки не виявлено!? Але у кожного другого військовослужбовця відносна кількість лімфоцитів і еозинофілів перевищувала норму на 37%. Чи може це бути небезпечним? Безумовно,! Тим більше, що не відомі віддалені наслідки. І чи слідкує хтось за цим в нас.

Більшість військовослужбовців після участі в локальних конфліктах залишають військову службу і одна із основних причин — психосоматичні захворювання — 50% санітарних втрат.

Особливо слід відмітити вкрай несприятливу ситуацію в Сьєра-Леоне, та Ліберії, територія яких щомісячно оголошується ВООЗ зараженою такими карантинними інфекціями як холера та жовта лихоманка. Ця територія входить до менингітного поясу, причому перебіг інфекції значно тяжчий ніж в інших кліматичних зонах. Тропічний пояс Африки вважається основним осередком прокази в світі — 20 випадків на 1000 жителів. Рівень розповсюдження ВІЛ-інфекції є найвищим в світі -58%. Найбільш поширеною є тропічна малярія, геморагічні лихоманки. Особливе місце посідає лихоманка Ласса, вірусної етіології зі смертністю до 50%. Серед європейців не відмічено жодного випадку одужання. Дуже поширені гельмінтози — з 250 видів відомих 200 зустрічаються в Сьєра-Леоне та Ліберії. Число уражених цим захворюванням складає від 330 до 560 на 1000 населення.

Небезпеку складають отруйні тварини та комахи (змії, оси, мухи).

Проведені спостереження свідчать, що після шостого місяця виконання миротворчої місії починає стрімко погіршуватися психічне здоров'я військовослужбовців і до кінця 12 місяців - 60% мають граничні психічні

розлади (астено-невротичні розлади, депресії, тривожність, прояви невротичної дратливості, нестримність та агресивна поведінка, неврози тощо). Імпотенція — у 30% військовослужбовців миротворчих місій.

Якщо соматичні розлади мають специфіку в залежності від кліматичних умов країни, то психічні розлади спостерігаються практично майже однаково часто в усіх регіонах миротворчих місій.

Відмічено стрімке збільшення захворюваності починаючи з 6-го місяця перебування і особливо високий рівень через 12 місяців — більш як в 13 разів по відношенню показників до відрядження.

За 12 місяців перебування у відрядженні військовослужбовці хворіють на малярію в 4 рази частіше.

Думаю, що всі процеси, в тім числі і миротворчі місії повинні оцінюватися експертами всестороннє як з політичної, економічної доцільності, так і обов'язково який вплив це матиме на здоров'я людей котрі будуть виконувати ту чи іншу місію. Адже відомо що вплив довкілля та способу життя має визначальне значення (понад 50%) здоров'я людини.

Здоров'я слід оцінювати як економічну складову держави.

В 1991 р. Україна мала біля 1,5 млн інвалідів, а в 2003 р. вже понад 2,5 млн. Багато є причин чому так зросла кількість інвалідів, але соціально економічний стан держави та екології відіграє основну роль в цьому. Якщо Рада Безпеки надала Президенту повну інформацію про загрозу для здоров'я наших миротворців ліберії її Президент знайшов політичну і навіть економічну доцільність в цьому, то чому такої інформації не отримала Верховна Рада України, та ні хто не думає про виродження генофонду свого народу.

Які можуть бути наслідки цього важко уявити?

Але уже сьогодні відомо, що хронічний стрес викликає передчасне постаріння та розвиток багатьох патологічних процесів.

Отже проведений аналіз даних дозволяє зробити ряд превентивних висновків.

1. Миротворчу місію, що є важливим політичним актом необхідно виконувати миротворцям тільки в близьких кліматично-епідеміологічних регіонах: в Європі — європейцями, в Азії — азійцями, в Африці — африканцями.
2. Миротворчу місію можуть виконувати тільки підготовлені морально та фізично здорові добровольці.
3. Зміна миротворців повинна бути кожні 6 місяців.
Медичне забезпечення, та реабілітація миротворців має бути на належному рівні — це одна із основних вимог.
4. Особливу увагу слід приділяти водопостачанню, харчуванню миротворців та профілактиці як соматичних так і психічних захворювань

Не відомо, який вплив дадуть перенесені захворювання на спадковість, але відомо, що кількість інвалідів буде висока. Утримати їх прийдеться перш за все рідним та платникам податків.

Таким чином слід оцінювати економічну вигоду, політичні дивіденди країни і наслідки для людей. Здоров'я, а тим більше життя не купиш, хоча зберегти і заощадити.

Отже Ліберія — не для наших миротворців, як і Сьєра-Леоне ...

Президент і народні депутати повинні думати, а чи послали б вони своїх дітей, онуків туди де посилають чужих дітей, громадян України, які своїм здоров'ям, а дехто і своїм життям зароблятиме на прожиття.

Війна курінню

У світі майже 1,1 мільярда курців

Із 30 мільйонів дорослого населення від захворювань, пов'язаних із тютюнокурінням, помирає близько 3-х мільйонів щорічно. За прогнозами, до 2005 року ця цифра збільшиться до десяти мільйонів осіб, із яких сім мільйонів — з країн, що розвиваються.

Важливим показником суспільного розвитку, благополуччя і національної безпеки держави є стан здоров'я людей. Не може почувати себе в безпеці нація, якщо докільля забруднене, якщо цілодобово могутня індустрія з продажу алкоголю й тютюнових виробів активно пропагує ці товари серед населення, роблячи його біднішим та хворобливішим.

Добре відомо, що всі форми вживання тютюну, а також дія на некурців продуктів його згоряння (пасивне, або вимушене, куріння) значно впливають на захворюваність і передчасну смерть, спричинену більш ніж 20 хворобами.

Смертність курців

Доведено, що поєднання куріння з підвищеними артеріальним тиском, рівнем холестерину в крові, низькою фізичною активністю збільшують ризик розвитку серцево судинних захворювань.

Тютюновий дим містить декілька тисяч небезпечних для всього живого речовин, які осідають на предметах, одязі, продуктах харчування і становлять загрозу для навколишнього середовища.

Більшість досліджень свідчить: ризик виникнення захворювань пов'язаний як із кількістю викурених сигарет, так і з тривалістю куріння. Тому зниження вмісту нікотину і смол у сигаретах дає змогу знизити ризик розвитку захворювань у людини.

Крім того, шкідлива звичка впливає на тривалість життя 35-річна жінка яка палить, живе на п'ять років за ту, яка не палить; а такого ж віку чоловік — на сім.

Життя українців значно коротше, ніж більшості народів світу. Смертність наших людей працездатного віку значно вища, ніж у Китаї, Індії, інших країнах Азії, Північної Африки і Латинської Америки.

За розрахунками вчених, середнього віку (35-65 років) у 42 відсотків причиною смерті було куріння.

В останні три роки через куріння щорічно помирало 120 тис. чоловік. Іншими словами, кожні 4,5 хвилини гине людина. Кількість смертей, пов'язаних з курінням, серед чоловіків середнього віку, померлих від злоякісних пухлин, становить близько 60 відсотків, від серцево-судинних захворювань — 44, від хронічних неспецифічних легеневих захворювань — 70. Курінням спричинено 90 % усіх смертних випадків захворювань на рак легенів.

У нашій країні курять близько 50 % чоловіків працездатного віку і 25 — жінок. Викликає тривогу збільшення кількості дітей та жінок дітородного віку, які курять. Так, починаючи з 11 років майже 17 % українських дітей шкільного віку палять.

Щорічне споживання в Україні сигарет становить близько 70 мільярдів штук або 1700 сигарет на кожну дорослу людину. Загальні витрати українських курців на придбання тютюнових виборів оцінено в 4,1 млрд. гривень. До речі бюджет України на охорону здоров'я — близько 7 млрд. грн.

Тютюнові капітали

Треба зазначити, що вітчизняна тютюнова промисловість давно і далеко вже не українська, бо як мінімум три четверті її підприємств належить іноземним компаніям, зокрема американській «Філіп Морріс». Частка іноземного капіталу на спільних підприємствах, що виробляють тютюнову продукцію сягає 70-95 %.

Іноземні компанії, втрачаючи ринки збуту тютюнової продукції у себе вдома, ведуть боротьбу за право володіння величезним простором України.

Експансію закордонних тютюнових компаній наша країна відчуває протягом останніх років одним із проявів цього є поширення реклами цигарок. Саме тому в Україні існують лише часткові законодавчі обмеження реклами тютюнових виробів, і змінити ситуацію на краще законодавцям поки що не вдалося.

За розрахунками Всесвітнього банку, втрати від тютюнокуріння для України становлять 2 млрд. дол. США щорічно.

Тим часом, коли в більшості розвинених країн світу встановлюється ефективний контроль над тютюновою промисловістю та вживанням тютюнових виробів з метою зміцнення і поліпшення здоров'я, а число осіб, які курять, різко знижується і, відповідно від злоякісних та серцево-су-

динних захворювань, в Україні тютюнова галузь активно продовжує свою діяльність, спрямовану на підрив державної політики в сфері охорони здоров'я.

Регламент на дим

Треба відзначити, що покращенню ситуації в цій сфері значною мірою сприяли

прийняті в більшості країн світу законодавства, спрямовані на посилення контролю за обігом тютюнових виробів, регламентацію їх виробництва і торгівлі. Так, закони, що обмежують виробництво, реалізацію і споживання тютюнових виробів існують у більш ніж 100 країнах світу і зокрема в Росії, Молдові, Польщі.

Крім цього, в 1999 році Європарламентом затверджено директиву, в яку включено перевірені міжнародним досвідом заходи, спрямовані на зменшення поширеності тютюнокуріння. Передбачається заборонити всі форми прямої і непрямої реклами тютюнових виробів, в т.ч. і благодійну діяльність, упроваджуються законодавчі обмеження, пов'язані з продажем тютюнових виробів до 18 років, курінням у громадських і робочих місцях, обмеження вмісту шкідливих речовин в тютюновій продукції, підвищення податків на ці вироби тощо.

У травні 1999 року Всесвітня асамблея охорони здоров'я — член ВООЗ затвердила резолюцію стосовно розробки до 2003 року рамкової конвенції з контролю над тютюном, перший міжнародний політичний документ, покликаний узгодити дії держав у важливій сфері. Пропонується встановити стандарти, які країни можуть прийняти для контролю над рекламою тютюну, попередження контрабанди тютюнової продукції, заохочення програм боротьби з курінням та інші заходи.

Отже, основним інструментом боротьби з поширеністю куріння нині як свідчить міжнародний досвід, є законодавство.

Світовим лідером у сфері розробки анти тютюнової стратегії і регламентування діяльності тютюнової галузі вважається Канада.

Вона продемонструвала, що це можливо зробити Рівень куріння можна знизити, змусивши виробників друкувати на упаковці чіткі попередження про шкоду куріння, підвищивши акцизи на тютюнові вироби, обмеживши куріння не лише в громадських місцях, а й на борту літаків та в приміщеннях. У Канаді дозволено куріння цигарок за 12 м від приміщення. Курці повинні ганьбитися, що не можуть подолати поганої звички, що не дбають за своє здоров'я.

Країна входить до 20 найбільших світових виробників тютюнового листу. Ця країна тютюну — не лише важлива товарна культура, а й велика стаття експорту (40 відсотків тютюну, вирощеного в Канаді, експортується).

Тому не диво, що канадський уряд і громадськість подолали чимало перешкод для досягнення успіхів у сфері контролю над тютюном. І, насамперед, протидію з боку фермерів, які вирощують тютюн, виробників тютюнової продукції, що завжди активно виступають проти будь-яких заходів, спрямованих на скорочення обсягів виробництва тютюну та споживання цигарок. Оскільки ці заходи впливають на їхні доходи.

Підсумковий прибуток транснаціональних тютюнових компаній, які діють у Канаді, становить 168 млрд. Канадських доларів (123 млрд. дол. США). Водночас загальна сума прибутку цих компаній перевищує розмір доходів державного бюджету будь-якого канадського уряду, як провінційного, так і федерального.

Попередження зниження, захист

Національна стратегія зниження споживання тютюну вперше була сформульована в 1985 році. Вона мала три головні мети: попередження куріння, зниження його рівня, захист від тютюнового диму довкілля. В межах національної стратегії встановлювалися контрольні (планові) цифри зниження куріння, визначалися пріоритетні напрямки роботи. Так, завдяки значній увазі до молоді поставлено мету зменшити кількість споживання тютюнових виробів на 50 відсотків протягом п'яти років, а протягом наступного п'ятиріччя іще на 50.

Основу стратегії з упровадження контролю над тютюном становили такі заходи: законодавча заборона реклами тютюну і просування тютюнової продукції на ринок; законодавчі заходи, спрямовані на захист молоді від збуту тютюнової продукції, та попередження залучення до вживання тютюну (активна просвітницька робота, допомога тим, хто вирішив кинути курити); економічні заходи спрямовані на зниження виробництва і споживання тютюнової продукції; регулювання вмісту шкідливих речовин у тютюнових виробах, нанесення медичних попереджень на упаковку тютюнових виробів про шкоду куріння; політика заборони куріння в громадських і робочих місцях для захисту прав і здоров'я громадян, які не курять, тощо.

Досвід Канади

За даними міністерства охорони здоров'я Канади, максимальний показник поширеності куріння серед чоловіків був у 1960 р. — 63%, серед жінок — у 1974 р.: 40%. Середньо-душове споживання тютюну (для осіб старших 15 років) досягло свого максимуму в 1966 році: 2000 — 3000 сигарет, в т.ч. самокрутки.

Нині в Канаді курить близько 6,6 млн чол. У цілому по країні курців-чоловіків майже 32%, курців-жінок — 29. Високий рівень курців серед етнічних меншин (56% індіанців, 72% ескімосів палять).

Зусилля канадців не пропали марно і вони добилися значного успіху в сфері скорочення тютюнокуріння. Так, частка канадців, які курять, у віці 15 років і старших скоротилася з 47% в 1971 р. до 29% в 1993 р., а в 1999 р. їх було 25%. Серед чоловіків курять 27%, серед жінок — 23%. Нині канадські чоловіки викурюють у середньому 21 сигарету, а жінки — 17. Серед молоді у віці 15-19 років курців 28%, у т.ч. 28% серед юнаків, 29% серед дівчат.

Усього кинули палити 5,9 млн. Канадців (27% населення у віці від 15 років і старших). Причому 4,9 млн. (74%) зробили серйозні спроби кинути (не кинули протягом тижня, а то й місяця). В цілому по країні загальна кількість курців продовжує зменшуватись.

У Канаді законодавчі ініціативи, в т.ч. з боротьби з курінням, можуть вноситися Федеральним, провінційним та муніципальними органами управління. Якщо на одному з рівнів управління не здійснюються необхідні заходи, то ситуацію можливо поправити на іншому рівні. Відомі випадки, коли місцеві органи влади приймали і впроваджували низку нормативних актів стосовно обмеження куріння, хоча урядом цієї провінції відповідної роботи не було зроблено. При цьому, якщо уряд провінції запроваджує обмеження на споживання тютюну, а в муніципалітетах уже діють місцеві норми в даній сфері, то зазвичай застосовується жорстокіша норма. Так, наприклад, після того, як федеральний уряд Канади заборонив розміщувати автомати з продажу тютюнових виробів, у провінції Онтаріо взагалі заборонили сигаретні автомати.

Крім цього, щоб ужиті законодавчі і профілактичні заходи були ефективними, потрібна поетапна, довгострокова і комплексна стратегія, яка включала б:

- заборону прямої і будь-якої іншої реклами та просування тютюнових виробів, а також заборону виробникам тютюнових виробів спонсорувати молодіжні, спортивні та інші заходи;
- ефективну інформацію про шкідливість тютюну;
- захист прав некурців та створення вільного від паління середовища;
- податкову та цінову політику, інші економічні заходи, що не підтримують виробництво і продаж тютюну;

Канадський досвід успішних дій переконливо довів, що важливе значення в захисті здоров'я громадян від шкідливого впливу тютюнового диму, окрім згаданих вище законодавчих заходів, мають ще й тверда політична воля та конкретні дії з боку уряду для контролю над тютюнокурінням, а також ефективна діяльність громадських організацій.

У цілому застосовані канадцами стратегії в сфері контролю над тютюном підходять і для інших країн, у т.ч. і для нашої. Такий підхід до розв'язання зазначених проблем, на нашу думку, дасть змогу змінити шкідливі для здоров'я традиційні звички українців та сприяти здоровому способу життя.

ХРОНОЛОГІЯ ЖИТТЯ

- 1944, 2 травня Народився в с. Лип'ятин Уланівського (нині Хмельницького) району Вінницької області в сім'ї селян: батько — Поліщук Єфрем Мусійович, мати — Поліщук Єлізавета Василівна.
- 1951 - 1958 Навчання в Лип'ятинській семирічній школі; закінчив на «відмінно» з похвальною грамотою.
- 1958 - 1961 Навчання в Сальницькій середній школі
- 1961 Здав вступні іспити в Вінницьке медичне училище. Директор Лип'ятинської восьмирічної школи переконав свого учня працювати вчителем математики для набуття двохрічного трудового стажу, що дасть змогу поступати у вищий навчальний заклад.
- 1961 - 1963 Вчитель математики Лип'ятинської восьмирічної школи. Секретар комсомольської організації колгоспу, в який входило 3 населених пункти (Лип'ятин, Морозівка, Часківка). Планові перевірки рай- та облВНО показали добру підготовку учнів з математики і Поліщуку М. Є. було запропоновано поступати в Вінницький педагогічний інститут поза конкурсом.
- 1963 Вступив на медичний факультет Ужгородського державного університету. Маючи на руках виклик на навчання, не зміг зразу отримати в сільраді довідку для виписки паспорта. Прийшлося батькові виставити «могорич» голові і секретарю сільради, інакше син залишився б в селі.
- 1963, жовтень Смерть батька, інваліда II групи ВВВ.
- 1963 - 1966 Забезпечував собі на життя та навчання роботою на будівництві в вечірні часи та вихідні дні.
- 1966 - 1969 Медичний брат неврологічного відділення обласної лікарні м. Ужгород (нічні часи і вихідні дні по 0,5 ставки).

Інші вільні часи повністю приділяв хірургії (хірургія, травматологія, санітарна авіація).

Вирішальна зустріч для визначення майбутньої спеціальності з Учителем — Снігурським Дмитром Олександровичем, Заслуженим лікарем України, обласним невропатологом.

Відвідує неврологічний та хірургічний наукові гуртки.

1968 - 1969

Перші наукові студентські роботи і доповіді (зміни вегетативної нервової системи при холециститах, лікування гіпнозом при функціональних розладах нервової системи, жовчокам'яна хвороба).

1968

Знайомство з обласним нейрохірургом, доцентом Бізіля Михайлом Олександровичем, з яким неодноразово виїжджав по «санавіації» для надання нейрохірургічної допомоги. В одній з таких поїздок був представлений професору Зозулі Юрію Панасовичу. Бізіля М.О. став Учителем і другом, який ввів в нейрохірургію.

1968

Навчаючись на VI курсі одружився на Ірині Павлівні Буксар, студентці IV курсу цього ж факультету.

1969

Закінчив медичний факультет УжДУ з червоним дипломом (мав лише три четвірки — з неорганічної хімії, біології, дерматовенерології).

Вченою радою університету рекомендований на наукову роботу.

1969 - 1970

Направлений на роботу на посаду лікаря-анестезіолога Великоберезнянської ЦРЛ Закарпатської області. Працював на 1,0 ставку лікарем-анестезіологом, 0,5 ставки — хірургом, 0,5 ставки — акушер-гінекологом і 0,5 ставки — шкільним лікарем.

Перші самостійні масочні ефірні наркози, невідкладні хірургічні втручання.

1970 - 1972

Навчання в клінічній ординатурі НДІ нейрохірургом м. Києва.

Ранньою весною 1970 р. з рекомендацією Вченої ради УжДУ і особистим зверненням Снігурського Д. О. приїхав на зустріч до академіка Ромоданова Андрія Петровича. Після ознайомлення з листом і рекомендацією академік сказав «... Діма вважає, що ми зробимо велику справу для охорони здоров'я, давши тобі можливість вчитись. Іди, влаштовуй свої справи в облздороввідділі; з 1 вересня будеш навчатися в клінічній ординатурі».

- Відкріплення облядороввідділ не давав, але на щастя змінився головний лікар, який сам дав відкріплення і на вільні ставки працевлаштував свою дружину.
- 1974, 14 березня Народилась дочка Оксана, в наступному лікар нейрорадіолог, кандидат медичних наук.
- 1972 - 1974 Аспірант НДІ нейрохірургії м. Києва.
- 24.12.1974 р. Достроково захистив дисертацію на здобуття вченого ступеню кандидата медичних наук «Клиника, диагностика и лечение острых травматических субдуральных гематом при алкогольной интоксикации».
- Наукові кривники: Дійсний член АМН СРСР, Заслужений діяч науки, д. мед. н., професор Ромоданов А. П.; доктор медичних наук, професор Педаченко Г. П.; доктор медичних наук Михайловський В. С. Це був початок наукового напрямку по вивченню нейротравми на фоні алкогольної інтоксикації.
- 1974 Визнаний кращим науковим співробітником серед молодих вчених інституту з рекомендацією на посаду асистента кафедри нейрохірургії Київського інституту удосконалення лікарів.
- 1974 - 1983 Зарахований на посаду асистента кафедри нейрохірургії по конкурсу. Наказ №104/3 від 23.12.74 р. по Київському інституту удосконалення лікарів.
- Завідувач кафедрою нейрохірургії професор Педаченко Георгій Панасович став наставником і вчителем в науковій, професійній і педагогічній роботі.
- З 1993 р. професор Поліщук М. Є. став його гідним наступником.
- 1980, 17 червня Народився син Володимир, в наступному асистент кафедри маркетингу КНЕІ.
- 1983, 22 вересня Померла дружина Ірина.
- 1983 Звільнений з посади асистента кафедри в зв'язку з обранням по конкурсу в Київський НДІ нейрохірургії на посаду старшого наукового співробітника лабораторії експериментальної нейрохірургії.
- 1985 Відкриття лікарні швидкої медичної допомоги м. Києва. Поліщук М. Є. стає науковим керівником і директором клініки невідкладної нейрохірургії, головним нейрохірургом Управління охорони здоров'я м. Києва.

- 1985 Одружився на Людмилі Леонідівні Лях, лікар-невропатолог, доцент.
Син — Поліщук Максим, магістр з маркетингу.
- 1985 Закінчив з відзнакою Київський громадський інститут патентоведення і захистив дипломну роботу «Пути совершенствования структур описания изобретений на устройство».
- 1986 Захистив дисертацію на здобуття вченого ступеню доктора медичних наук «Ушибы головного мозга у лиц различных возрастных групп».
Науковий консультант — академік, Заслужений діяч науки, професор Ромоданов А. П.
- 1987, 27 лютого Рішенням ВАК при Раді Міністрів СРСР (протокол №8д/20) присуджена вчена ступінь доктора медичних наук.
- 1987 Наказом міністра охорони здоров'я СРСР №228—4 від 03.06.1987 р. нагороджений значком «Відміннику охорони здоров'я».
- 1987 Надавав допомогу хворим з патологією хребта і спинного мозку, постраждалих під час землетрусу в Вірменії.
- 1989 Нагороджений нагрудним значком «Відмінник винахідництва і раціоналізації».
- 1990 Лікарня швидкої медичної допомоги реорганізується в НПО ШМД та медицини катастроф. В зв'язку з цим переходить з посади старшого наукового співробітника інституту нейрохірургії на посаду заступника директора НПО ШМД та медицини катастроф з наукової роботи.
Клініка невідкладної нейрохірургії реорганізовується в центр невідкладної нейрохірургії з трьох відділень: нейротравматології, патології хребта і спинного мозку та нейрохірургічного судинного відділення.
- 1991 Рішенням Вищої атестаційної комісії при Раді міністрів СРСР від 14 червня 1991 р. (протокол №23 пс/2) Поліщуку Миколі Єфремовичу присвоєно вчене звання професора за спеціальністю «нейрохірургія».
- 1994, 29 червня Наказом Президента України (№468) присвоєно почесне звання «Заслужений діяч науки і техніки України» за значний особистий внесок у розвиток охорони

- здоров'я, вдосконалення медичного обслуговування населення, високу професійну майстерність.
- 1993 Завідувач кафедри нейрохірургії КМАПО ім. П. Л. Шупика, директор центру невідкладної нейрохірургії м. Києва, головний нейрохірург ГУОЗ м. Києва.
- За час роботи Підготував 31 учня: 3 доктора та 29 кандидатів медичних наук.
Опублікував 17 монографій, 15 учбових посібників і методичних рекомендацій, 350 — наукових статей.
Основні напрямки наукової роботи:
Організація невідкладної нейрохірургічної допомоги.
Діагностика та лікування хворих з черепно-мозковою травмою.
Особливості надання допомоги при поєднаній травмі ЦНС.
Особливості лікування ушкоджень хребта та спинного мозку (ізолюваних та поєднаних).
Особливості організації та надання невідкладної допомоги при судинно-мозковій патології.
Організація та оптимізація підготовки медичних кадрів в ВУЗах та післядипломної освіти.
Патологія хребта і спинного мозку.
Особливості травми ЦНС на фоні соматичної патології та на фоні алкогольної інтоксикації.
- 1997, 8 квітня Обраний членом-кореспондентом АМН України за спеціальністю «травматологія».
- 2001, 17 червня На увагу до церковних заслуг вручається орден УПЦ Преподобного Нестора Літописця.
- 2001, 17 липня За заслуги по відродженню духовності в Україні та утвердженню Помісної Української Православної Церкви нагороджений орденом Святого Рівноапостольного князя Володимира Великого III-го ступеня.
- 2002, 31 березня Обраний Народним Депутатом України по 214 виборчому округу м. Києва.
Член фракції «Наша Україна», блок Віктора Ющенка. Партія «Реформи і порядок».
Голова комітету ВРУ з питань охорони здоров'я, материнства і дитинства.
- 2002, 1 липня Розпорядженням Київського міського голови від 01.07.2002 №410-мг нагороджено нагрудним знаком «Знак пошани» (№750).
- 2003, 30 жовтня За заслуги з відродження духовності в Україні та значні досягнення у навчальній і науковій роботі Указом УПЦ нагороджений Орденом Святого Архистратига Михаїла.

ЗМІСТ

1.	Вступ	2
2.	Микола Єфремович Поліщук (біографічні дані)	3
3.	Шляхи становлення нейрохірурга	29
4.	М. Є. Поліщук- вчитель, засновник нейрохірургічної школи	49
5.	Відгуки друзів та колег	65
1)	М. І. Лісяний	65
2)	Є. Г. Педаченко	72
3)	В. І. Цимбалюк	74
4)	А. І. Трещинський	78
5)	І.С. Зозуля	80
6)	М. Б. Маньковський	82
7)	В. Я. Фіщенко	84
8)	М. О. Корж, В.О. Радченко	87
9)	В. І. Смоланка	90
10)	Є. І. Слинько	94
11)	С. І. Синицький	96
12)	С. А. Усатов	98
13)	Т. І. Макєєва	101
14)	Колеги з ЛШМД	103
15)	Іноземні ординатори та аспіранти	104
16)	В. С. Третьяк	107
17)	Є. І.Лисиця	108
18)	В. С. Брюховець	109
19)	А. С. Чорнобров	111
6.	М. Є. Поліщук – громадський діяч	119
7.	Робота в Верховній Раді	129
8.	Наукова діяльність	171
9.	Публіцистичні виступи	217
10.	Хронологія життя	243

Для нотаток:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

This image shows a single page of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

