

Сорокарічний шлях Інституту Амосова

Цього року НІССХ імені М. М. Амосова відзначив своє 40-річчя. У травні 1983 року Київський науково-дослідний інститут (НДІ) серцево-судинної хірургії став самостійною установою, відокремившись від Київського НДІ туберкульозу і грудної хірургії імені академіка Ф. Г. Яновського (постанова Радмін Ради міністрів УРСР від 27.04 1983 р., Наказ № 292 від 06.05.1983 р.).

Зі спогадів Миколи Амосова: *«Влітку 1983 року сталася подія: наша клініка відокремилася від Тубінституту і перетворилася на самостійний Інститут серцево-судинної хірургії. Для цього мені довелося йти до ЦК партії України до В. В. Щербицького. За його наполяганням мене призначили директором. Не хотілося, але справа важливіша – відмовитися не зміг.*

Організація інституту пройшла легко. Поставив надзавдання: 4000 операцій на рік, 2000 – зі штучним кровообігом».

Надзавдання Амосова було виконано у 2003 році. Останній рік нормального життя до пандемії та гарячої фази війни – 2019-й – ми завершили вже з такими результатами: 9453 оперативних втручань. Останні майже 4 роки змусили нас працювати в умовах обмежених можливостей. Але результати 2022 року (8049 втручань) вже показують, що попри війну ми повертаємося до показників останніх стабільних років, але вже з набутим досвідом роботи та нових досягнень в екстремальних умовах.

В колективі чимало фахівців, які працюють понад 40 років і добре пам'ятають часи народження Інституту серцево-судинної хірургії як самостійного закладу. Це люди з величезним досвідом і прагненням до нових сучасних знань. Вони не припиняють професійне вдосконалення протягом усього життя, а досвід щиро передають молодим колегам. Хочу подякувати усім, хто пов'язав свій життєвий шлях з нашим Інститутом, а особлива шана нашим ветеранам – тим, які працюють тут 40 і більше років, і тим, які вже пішли на пенсію, але залишаються амосовцями. І вічна пам'ять і вдячність нашим колегам, які пішли з життя, залишивши нам свій досвід, свої справи...

Спогади наших співпрацівників 40-річної давності читайте на стор. 11.

За 40 років існування Інституту виконано понад 250 тисяч операцій та рентген-ендоваскулярних процедур з приводу вроджених і набутих вад серця, пухлин, порушень ритму та ішемічної хвороби серця (ІХС), аневризми аорти тощо. Загальна післяопераційна летальність за 30 років зменшилася у 10 разів і сягає 2,1 %, що відповідає світовим вимогам до якості надання кардіохірургічної допомоги.



Найбільш вагомі інновації світового рівня

1. Методика пластики дефекту міжшлуночкової перегородки подвійною латкою у пацієнтів зі 100 % легеневою артеріальною гіпертензією та високою резистентністю легеневих артеріальних судин. Суть модифікованої хірургічної корекції відрізняється від традиційної використання спеціально сконструйованої латки з клапаном, що забезпечує функціонування право-лівого шунта при персистенції легеневої артеріальної гіпертензії у ранньому та віддаленому періодах після операції. Порівняно з традиційним підходом госпітальна летальність знизилася з 10,8 до 2,5 %, у 60 % пацієнтів з незворотними змінами легеневих судин вдається зберегти функціонування право-лівого шунта та запобігти розвитку гострої недостатності правого шлуночка у віддаленому періоді спостереження.
2. Методика виконання аорто-коронарного шунтування на працюючому серці.
3. Методика використання впливу гіпертермії на стан імунітету та розробку нових високоактивних технологій лікування при гнійно-септичних захворюваннях у серцево-судинній та абдомінальній хірургії.
4. Методика клапанозберігаючих операцій при аномалії Ебштейна. Її суть полягає в створенні та впровадженні оригінального методу пластики тристулкового клапана серця, який відрізняється від традиційних використанням аутоперикардіальної латки для збільшення площі поверхні гіпоплазованої стулки клапана. Це дає кращі показники виживаності та якості життя пацієнтів у віддаленому післяопераційному періоді.
5. Мультикомпонентна профілактика серцево-церебральних порушень при хірургічному лікуванні аневризми дуги аорти.

6. Методика вивчення гістогенезу міксом серця з виявленням їх судинного походження.
7. Профілактика раптової смерті у пацієнтів із гіпертрофічною кардіоміопатією.
8. Новітні методики діагностики і лікування бойових травм серця та магістральних судин у сучасній війні – у процесі дослідження та систематизації.

Першість в Україні

Лікування інфекційного ендокардиту

Цілеспрямоване поєднання наукової роботи із клінічною практикою сприяло значному покращенню результатів лікування, особливо це мало величезне значення для важких патологій, зокрема станів, які вважалися безнадійними. Так, при інфекційному ендокардиті госпітальну летальність вдалося знизити до 2,1 %, а рецидиви цього захворювання – до 0,4 %, що в 3–5 разів краще за показники відомих клінік світу. Ідентифіковані фактори ризику виникнення гострої серцевої недостатності у хворих на інфекційний ендокардит у доопераційному періоді. Проведено аналіз взаємозв'язку між рівнями NT-proBNP та біохімічними маркерами системної запальної відповіді; показниками синдрому персистенції інфекції, імуносупресії та катаболізму; маркерами ендотеліальної дисфункції та порушенням метаболізму. Розроблено комплекс лікувальних заходів при інфекційному ендокардиті, ускладненому серцевою недостатністю, який сприяє зменшенню госпітальної летальності, тривалості застосування вазопресорної та інотропної підтримки, а також терміну перебування у відділенні реанімації та інтенсивної терапії.

Методика хірургічного лікування синдрому гіпоплазії лівих відділів серця

Суть розробки полягає у створенні та впровадженні системи надання хірургічної допомоги пацієнтам із синдромом гіпоплазії лівих відділів серця. У нашому інституті вперше в Україні окрім хірургічного застосували гібридний метод лікування цієї патології. Хірургічне лікування включає такі етапи. Перший етап – операція Норвуд I, спрямована на оптимізацію легеневого і системного кровообігу. Другий етап – двоспрямований кавапультмональний анастомоз, або процедура гемі-Фонтен, яка виконується пацієнтам у віці від 3 до 6 місяців. Третій етап – тотальний кавопультмональний анастомоз виконується у віці після 2 років. З розвитком інтервенційної кардіології запропонована альтернативна методика операції першого етапу хірургічного лікування. Гібридну операцію виконують у період новонародженості доступом із серединної стернотомії без штучного кровообігу. Вона включає білатеральне звужування гілок легеневої артерії, стентування відкритої артеріальної протоки і створення нерестриктивного міжпередсердного сполучення шляхом балонної атріосептостомії. Впровадження гібридної методики дало

змогу оперувати новонароджених з будь-якою вагою (в т.ч. недоношених) та за наявності протипоказань до операцій зі штучним кровообігом.

Лікування аневризм грудної аорти

Вперше в Україні було розпочато хірургічне лікування аневризм грудної аорти, Інститут досі залишається лідером цього напрямку. За даними Асоціації серцево-судинних хірургів України, понад 2/3 загальної кількості всіх операцій у країні при патології висхідної, дуги і низхідної грудної аорти виконується співробітниками відділу хірургічного лікування патології аорти. З 1980 року прооперовано понад 1000 пацієнтів із розшаруванням аорти типу А, у тому числі майже третину з них – з корекцією аневризми дуги аорти. Це дало змогу значно знизити рівень смертності від розриву аорти.

Вперше визначено залежність кількості та частоти виникнення ускладнень і кінцевого результату лікування від характеру та об'єму поєднаної патології коронарних артерій у хворих з аневризмою аорти. Розроблена оригінальна методика комбінованого захисту серця, головного мозку і вісцеральних органів етапною селективною перфузією гілок аорти в умовах помірної гіпотермії під час операцій одночасного протезування висхідної аорти, дуги аорти, судин дуги і низхідної грудної аорти.

Акушерська кардіологія та кардіохірургія

Вперше в Україні запропоновано методи ефективної комплексної діагностики та лікування серцевої патології в жінок фертильного віку, в тому числі в період вагітності та післяпологовому періоді. Запроваджено чітко визначену етапність надання мультидисциплінарної допомоги, оптимальні строки та методи хірургічної корекції.

Розроблено та впроваджено в практику охорони здоров'я України стандарти кардіологічного та кардіохірургічного супроводу GUCH-вагітних та породіль. Створена персоналізована стратегія мультидисциплінарного супроводу на етапі прекоцепції, концепції та післяпологового періоду для GUCH-пацієнток високих класів ризику дозволяє досягти низьких показників материнських втрат.

Розроблено модель системи надання мультидисциплінарної допомоги вагітним з вродженими вадами серця в Україні. У співпраці з Державною установою «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О. М. Лук'янової НАМН України» організовано систему мультидисциплінарної допомоги жінкам фертильного віку з вродженими вадами серця, що надало можливість за 5 років (2018–2022 рр.) надати висококваліфіковану допомогу 1556 пацієнткам.

Профілактика ризиків раптової серцевої смерті

Проведено розподіл пацієнтів з обструктивною гіпертрофічною кардіоміопатією на групи ризику рап-

тової серцевої смерті та розроблено алгоритм її первинної профілактики. Встановлено, що обтяжений сімейний анамнез щодо раптової серцевої смерті, масивна гіпертрофія лівого шлуночка (ЛШ), синкопе без виявленої причини, зниження фракції викиду, верхівкова аневризма ЛШ, масивне пізнє контрастування гадолінієм при магнітно-резонансній томографії (МРТ), нестійка шлуночкова тахікардія є великими факторами ризику раптової серцевої смерті.

Катетерне лікування фібриляції передсердь

З'ясовано, що катетерне лікування фібриляції передсердь через зменшення частоти рецидивів після проведення процедури ізоляції устя лівої легеневої вени допомагає скоротити перебування у стаціонарі та знизити ризики повторних госпіталізацій у зв'язку з пароксизмами фібриляції передсердь. Обґрунтовано, що передопераційна підготовка включає приймання антикоагулянтів і діагностику тромбів у порожнинах серця, ізоляція легеневих вен є обов'язковим компонентом катетерного лікування фібриляції передсердь.

Лікування ускладнених форм міксом серця

Аналіз частоти виявлення ускладнених форм міксом серця показав, що рецидиви трапляються лише в 1,8 % випадків. Встановлено, що радикальність видалення міксом серця залежить від адекватності обробки судин, що її живлять.

Інновації у діагностиці та лікуванні ІХС

Запропоновані нові неінвазійні методи діагностики ІХС та оцінювання стану міокарда і коронарного русла при ІХС для стратифікації ризику та покращення прогнозу хворих з різними формами ІХС – це спекл-трекінг ехокардіографії (ЕхоКГ), стрес-ЕхоКГ та кардіо-МРТ та мультиспіральна комп'ютерна томографія. Оцінені ішемічні та постінфарктні морфофункціональні зміни міокарда ЛШ з визначенням МРТ-параметрів життєздатності міокарда та індексу трансмуральності, розроблено діагностичний алгоритм оптимізації вибору лікування та кращого відновлення функції ЛШ.

Систематизовано класифікацію ускладнень при діагностичних і лікувальних ендovasкулярних втручаннях у хворих з ІХС та вивчено їх етіопатогенез. Визначено алгоритми та методи профілактики, діагностики і лікування таких ускладнень. Розроблений комплекс лікувально-профілактичних заходів дав змогу знизити частоту ускладнень до 5,8 %.

За результатами дослідження встановлено, що виконання коронарного шунтування на працюючому серці дозволяє зменшити рівень післяопераційних ускладнень та смертності пацієнтів з високим ризиком. Розроблено протокол хірургічної тактики при задньобазальних аневризмах ЛШ на підставі розміру аневризми, наявності супутньої мітральної недостатності, тромбозу ЛШ та спайкового процесу. Визначено дизайн дослідження, згідно з яким пацієнти зі стовбу-

ровим ураженням лівої коронарної артерії поділяють на хворих зі стабільною стенокардією напруження та хворих з гострим коронарним синдромом. Визначено клініко-функціональні та ангіографічні особливості ІХС у пацієнтів з ураженнями стовбура лівої коронарної артерії.

Ендопротезування при коарктації аорти

Проведено дослідження анатомічних варіантів та вікові особливості морфології коарктації аорти, сформовано відповідну базу пацієнтів. Встановлено показання та протипоказання до проведення. Розроблено протокол виконання втручання на основі вивчення безпосередніх і віддалених результатів застосування ендопротезування при коарктації аорти.

Діагностика і лікування лівої атріомегалії

Розроблено та впроваджено оригінальну методику комбінованого захисту серця, легень та ведення реперфузійного періоду у пацієнтів з атріомегалією і клапанною вадою серця. Запропоновано і впроваджено в практику методики трикутної, аркової та Ш-подібної пластики в поєднанні з резекцією вухка лівого передсердя. На підставі одержаних результатів розроблено і впроваджено в клінічну практику алгоритм діагностики і лікування пацієнтів з лівою атріомегалією.

Збереження серцевого трансплантата

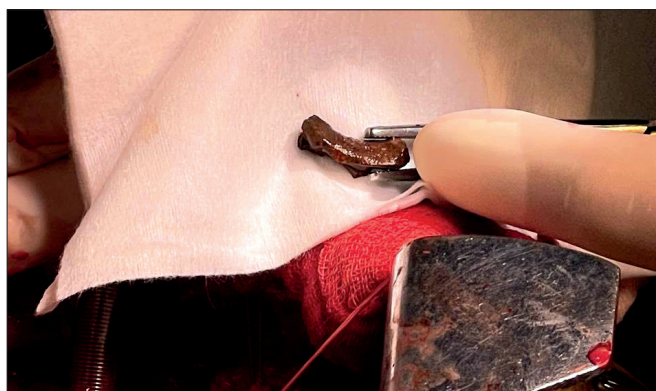
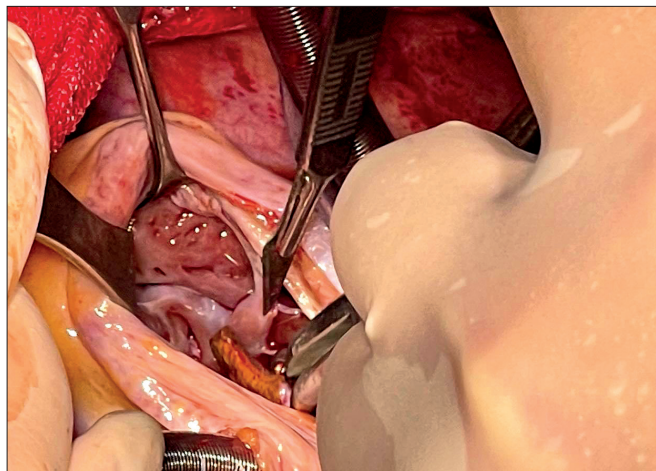
У 2021 році імплементовано радикальний метод лікування термінальної серцевої недостатності шляхом трансплантації серця. Удосконалено процедуру вилучення та збереження серцевого трансплантата. Впроваджено використання екстракорпоральної мембранної оксигенації при важкій первинній дисфункції серцевого трансплантата.

Вплив COVID-19 на розвиток клапанної патології

Ідентифіковано 164 хворих із набутими вадами серця, у яких у періопераційному періоді був діагностований SARS-CoV-2. Серед анатомічних варіантів набутих вад серця перевагу мали ураження аортального клапана у 40,9 % випадків, при цьому найбільша важкість перебігу SARS-CoV-2 спостерігалася у хворих з ізольованими мітральними та мітрально-аортальними вадами.

Досвід воєнної кардіохірургії

Починаючи з 2014 року, в Інституті Амосова накопичується досвід лікування поранень серця і магістральних судин під час бойових дій та обстрілів і бомбардувань цивільних об'єктів, а також серцево-судинних ускладнень унаслідок контузій і воєнних травм. З початку повномасштабного вторгнення росії Україна приймає на себе виклики найсучаснішої та найжорсткішої війни, стикаючись з новим характером травм та їх поєднань. У 2022 році відкрито відділення воєнної хірургії серця та магістральних судин, де надають високоспеціалізовану медичну допомогу військовослужбовцям з бойовими травмами серця та судин, пораненнями грудної клітки. Завдяки ефективному



Хірургічну операцію військовослужбовцю з видалення уламка розміром 20 × 10 мм з порожнини правого передсердя виконують кардіохірурги (зліва направо) Д. М. Дядюн, Р. М. Вітовський, В. В. Лазоришинець, операційна сестра С. М. Марценюк. 21 вересня 2023 р.

поєднанню наукових розробок і практики активно впроваджують нові методики допомоги пацієнтам з важкими мінно-вибуховими пораненнями, що розроблені спільно з військовими медиками. Зокрема вилучення металевих уламків з серця та інших органів за допомогою спеціальних магнітів.

Всього з 2014 року в Інституті виконано 1045 оперативних втручань військовим, з них 96 з приводу бойових травм (станом на 26 вересня 2023 р.).

Наробки наших фахівців і військових медиків під час АТО і ССО на сході України у попередні роки війни вже представлені у посібнику «Бойова травма серця, грудної аорти та магістральних судин кінцівок» (Київ-Тернопіль, 2019) і у двотомнику «Атлас бойової хірургічної травми (досвід антитерористичної операції об'єднаних сил» (Харків, 2021). Зараз йде велика робота над детальним аналізом і систематизацією безпре-

цедентного досвіду лікування бойових травм військових і поранень мирного населення у повномасштабній війні нового формату, який, без сумніву, стане підґрунтям для оновлення медичних стандартів світової воєнної медицини.

В. В. Лазоришинець,
академік НАМН України,
член-кореспондент НАН України,
директор ДУ «Національний інститут
серцево-судинної хірургії
імені М. М. Амосова НАМН України»,
завідувач кафедри хірургії серця та магістральних
судин Національного університету охорони здоров'я
України імені П. Л. Шупика,
голова правління Асоціації
серцево-судинних хірургів України

Інститут 40 років тому: спогади

Руденко Анатолій Вікторович, працює з 1978 року, у 1983 був молодшим науковим співробітником.

«Ті роки пригадуються, як постійна величезна робота. З великою напругою – фізичною та емоційною. Тоді в Інституті виконували по 20–25 втручань на день, переважно зі штучним кровообігом. Кардіохірургія в Україні розвивалася дуже стрімко, але ми, як говорять, варилися у власному соку, практично не маючи доступу до іноземної літератури, досліджень, розробок. Працювали з примітивним обладнанням, як хірургічним, так і діагностичним.

Тоді відзначалася дуже висока летальність – до 20 %. Уранці приходиш на роботу і відразу до реанімації – чи живі пацієнти, яких вчора оперували. Я проходив інтернатуру в черкаській лікарні, там фіксували 2–3 летальних випадків на рік. А тут майже кожен день. Це було дуже складно емоційно...

Датчики артеріального і лівопередсердного тиску були неточними, тож контролювати стан післяопераційних хворих було дуже складно.

У нас працювало покоління дуже досвідчених медсестер, які могли самі проводити цілі чергування, знали, що робити у найскладніших ситуаціях.

В операційних тоді не було кондиціювання. Оперували у двох масках, високих щільних бахілах. Наприкінці операції халат був наскрізь мокрим. Якось я зважився до і після операції – втратив 2 кг.

Але при всіх цих негараздах був дуже високим рівень ентузіазму. Він підтримувався тим, що ми бачили прогрес у результатах, відчували власну причетність до чогось великого – до КАРДІОХІРУРГІЇ. Ім'я Амосова тоді було неймовірно популярним, популярнішим за більшість зірок.

Офіційне відокремлення від інституту туберкульозу і грудної хірургії було логічним кроком. В них була своя система, в нас своя, фактично ми вже давно були самостійною клінікою. А ось тісні професійні стосунки ми підтримуємо досі, в нас багато напрямків для співпраці».

Максименко Віталій Борисович, працює з 1975 року.

«До клініки я прийшов за розподілом після інституту. Мене одразу направили в лабораторію штучного кровообігу, а в 1976 році був призначений її керівником. Однак тоді лабораторія ще не була офіційним підрозділом, це відбулося у 1983 році. Для більшості співробітників зміна вивіски жодним чином не вплинула на звичайний ритм роботи.

В той час було менше бюрократичних моментів. Для М. Амосова найважливішою була хірургічна справа, командна робота і результат для пацієнтів, а хто,

на якій посаді та у якому підрозділі працював не мало особливого значення. Сам Микола Михайлович був лідером команди, незалежно від того, яку посаду сам обіймав офіційно – керівник клініки чи інституту.

Вдосконаленню технології штучного кровообігу М. М. Амосов надавав великого значення, як одному з головних шляхів зниження летальності. А вона тоді була дуже високою – у середньому 12–14 %. Працювали ми на саморобному обладнанні багаторазового використання – усе ретельно милося та оброблялося після кожної операції. Не було заміни на випадок несподіваної поломки. Тож тема моєї кандидатської дисертації, яку я захистив у 1982 році, була досить актуальною: «Помилки та аварійні ситуації при операціях зі штучним кровообігом». На 5000 операцій я знайшов і проаналізував 120 помилок і аварійних станів (усього 2,4 % від усіх операцій). Здебільшого операції були завершені одужанням пацієнтів, але той період становлення кардіохірургії був надто драматичним. Автореферати дисертації були буквально нарощані. Усі учасники процесу намагалися виявити причини ускладнень, усунути їх, підвищити якість роботи. Стихійно була розроблена система якісного лікування, що була зафіксована в «амосовських інструкціях», які, на жаль, не збереглися на папері, але сама система якості продовжує працювати й успадковується кожним новим поколінням Інституту.

От саме ця важка у моральному, емоційному та фізичному плані командна робота під керівництвом видатного лідера – М. Амосова, який сам працював більше за кожного з нас, – і запам'яталася з тих часів».

Панічкін Юрій Володимирович, працює з 1961 року.

У квітні 1983 року Київський інститут туберкульозу та грудної хірургії МОЗ УРСР було реформовано: клініка серцево-судинної хірургії перетворена на Інститут серцево-судинної хірургії, а решта відділень – на Інститут пульмонології та фтизіатрії. Завдяки мудрому керівництву директора Інституту Олександра Самойловича Мамолата формально протягом багатьох років ми й так були майже самостійними.

У приватних розмовах М. М. Амосов говорив, що після відокремлення нам буде важкувато, оскільки зараз під крилом О. С. Мамолата ми, як «у Христа за пазухою». Справді, можна лише дивуватися співдружності цих двох діаметрально протилежних людей. Один здійснював загальне керівництво і не заважав, а допомагав впровадженню великих та малих починань Миколи Михайловича – чи то легенева, чи серцева хірургія. Їх поєднувало взаємна повага та величезна довіра один до одного. Тільки раз Амосов відійшов від

цього правила. Якось у їх розмові між собою Микола Михайлович промовив, що йому пропонують переїхати до Москви... І це був не шантаж – йому справді пропонували. І Олександр Самойлович, бажаючи зберегти талановитого хірурга в Україні, пішов на ризикований крок, віддавши щойно відбудований 3-поверховий корпус, що призначався під кістковий туберкульоз, для серцевої клініки, яка згодом стала «альма-матер» кардіохірургії в нашій країні.

Чималу роль в організації нового інституту серцево-судинної хірургії відіграв головний лікар клініки В. А. Заворотний. Це він умовив Миколу Михайловича погодитися з ідеєю організації самостійного інституту. Пропрацювавши деякий час у МОЗ УРСР, він не з чуток знав усі порядки цього відомства. На той момент була найсуворіша заборона на будівництво та відкриття будь-яких нових інститутів. Усе вирішувалося «у Центрі» (у Москві). Але завзятість, із якою Віктор Авакумович взявся за цю роботу, була винагороджена: після другого візиту до столиці він повернувся з листом про відкриття українського ІССХ за підписом Г. Алієва, першого заступника голови Ради Міністрів СРСР.

Деякий час залишалось інтригою, хто ж стане першим директором нового інституту. Сам Амосов дуже не хотів займатись адміністративною роботою. Тому і висунув на посаду директора Г. В. Книшова. Проте в останній момент за наполяганням самого В. В. Щербицького (перший секретар КПУ) директором інституту було призначено М. М. Амосова. Незважаючи на деякі сумніви, йому довелося погодитися. У душі він був безперечно гордий, що вдалося організувати власний інститут і водночас радий безкомпромісній реакції вищого керівництва. Але нове призначення – це нові обов'язки.

Микола Михайлович був дуже демократичним директором, вимогливим до себе та підлеглих. Якщо в процесі роботи він когось незаслужено вилаяв, то завжди просив вибачення. Призначаючи на відповідальні посади молодих співробітників, він довіряв їм, і ті відповідали йому взаємністю. Зі слів очевидця, якось під час однієї з нарад, звертаючись до своїх найближчих соратників, він сказав: «ви мене зупиніть, якщо я випадково зарвуся...».

На момент організації інституту я вже завідував відділенням рентгенохірургічної діагностики. Тоді ми на нових для того часу ангіографічних установках виконували до 12 внутрішньосерцевих досліджень на день у хворих зі складними вадами серця та коронарних судин. Від точної прижиттєвої діагностики часом залежав результат усього хірургічного втручання. Ми працювали на совість, і Амосов це цінував.

Поворот у нашій повсякденній роботі настав у грудні 1984 року, коли я вперше в СРСР виконав черезшкірну балонну операцію з усунення клапанного стенозу легеневої артерії. Потім балонна вальвулопластика

була застосована у пацієнтів зі стенозами аортального та мітрального клапанів. Втішно було, що використовуючи транскатетерні технології, ми отримали можливість не тільки всебічно обстежувати пацієнтів, а й лікувати. Перші внутрішньосерцеві втручання без розтину грудної клітки започаткували новий напрямок у медицині – ендovasкулярної хірургії.

Протягом 40 років стрімко збільшувалася кількість транскатетерних втручань, розширювався їхній діапазон. За цей період у клінічну практику ми впровадили понад 20 різних ендovasкулярних методик. Сьогодні методи ендovasкулярної хірургії широко використовують для усунення клапанних стенозів серця, закриття дефектів міжпередсердної та міжшлуночкової перегородок, відкритої артеріальної протоки, ендopротезування аорти та клапанів серця. Але особливе місце належить їй у лікуванні ІХС шляхом імплантації коронарних стентів. Щорічно в інституті проводиться понад 1,5 тис. ендovasкулярних втручань, що становить близько 50–60 % усіх серцевих операцій у хворих з вадами серця та ІХС. Це і є наш внесок у розвиток кардіохірургії в Україні.

Захарова Валентина Петрівна, працює в колективі амосовців з 1965 року.

«Я прийшла в клініку під час стрімкого розвитку кардіохірургії. Тоді всі співробітники працювали з величезним ентузіазмом, але в них не було достатньо іноземної літератури (тільки реферативні журнали), можливостей виїзду за кордон, а головне – не було сучасної діагностичної апаратури. Саме тому клініцисти з великою зацікавленістю ставилися до роботи патологоанатомів. На розтини намагалися прийти і хірурги, і реаніматологи, і анестезіологи.

Окрім того, тоді органи людини ще не мали комерційної цінності, а нормативна база не тільки не обмежувала можливостей проведення розтинів, а й ставила в обов'язки патологоанатома отримання органів для створення музеїв. Тому за традицією, яку ввів Микола Михайлович, наступного дня після автопсії наприкінці п'ятихвилинки патологоанатоми не тільки доповідали результати розтину, а й демонстрували макропрепарати, які принесли до аудиторії. Тут усі зацікавлені лікарі разом із Амосовим ретельно вивчали те, що було виявлено під час розтинів.

Нині вже інші часи: далеко просунулися діагностичні технології, хірурги вільно вивчають досвід закордонних і вітчизняних колег. А патологоанатоми, виступаючи, як і раніше наприкінці п'ятихвилинки, підтверджують свої діагнози численними фотографіями, виконаними біля секційного столу. Крім того, мікроскопічні дослідження операційного і секційного матеріалу дають змогу уточнювати тонкі деталі патогенезу різних захворювань. Ці дані лежать в основі багатьох наукових робіт Інституту, які отримали

визнання як в Україні, так і на багатьох закордонних форумах. Так, у 2008 році робота, яка була присвячена реакції ренін-ангіотензинової системи на штучний кровообіг (виконана співробітниками патологоанатомічного відділення спільно з клініцистами) була визнана найкращою роботою на 11-му Європейському конгресі екстракорпоральних технологій. У результаті цього наступний конгрес був проведений у Києві. У 2012 році і на 24-му на Європейському конгресі патологоанатомів моя зі співавторами робота отримала III місце.

Подальший розвиток патологоанатомічної служби Інституту значною мірою залежить від впровадження до її практики новітніх технологій».

Кравченко Іван Миколайович, працює з 1969 року.

«До 1975 року я був медичною сестрою. Потім – хірургом, науковим співробітником. У 1983 році вже став старшим науковим співробітником. Це якраз був час становлення хірургічного лікування аневризми аорти, закладання фундаменту цього напрямку кардіохірургії. Діагноз «розширююча аневризма аорти» вважався вироком для пацієнтів, без хірургічної корекції шансів на виживання практично не було. Першу успішну операцію зі штучним кровообігом Леонід Лукич Ситар провів у 1980 році. У 1979 виконали вдалу операцію без штучного кровообігу. Я був тоді першим асистентом, вчився у піонера одного з найскладніших кардіохірургічних напрямків. Наші перші успішні результати ми доповідали на конференції у Вільнюсі у 1986 році та пізніше у 1994 – у Великій Британії».

Лозовий Анатолій Олексійович, працює з 1975 року.

«У 1975 році, коли почала збільшуватися кількість операцій зі штучним кровообігом, клініці серцево-судинної хірургії затребувалися нові кадри. 1 серпня 1975 року разом зі мною були прийняті на роботу лікарями Іван Кравченко і Віталій Максименко. Я відразу отримав посаду хірурга у відділенні хірургічного лікування вроджених вад серця, яким керував Михайло Францевич Зінковський. Зі здачею нового шестиповерхового корпусу з'явилися нові відділення, мене перевели до відділення набутих вад серця, яким керував Леонід Лукич Ситар. На момент, коли клініка відокремилася від Інституту пульмонології та туберкульозу, я був завідувачем операційного блоку. А коли було організовано відділення хірургічного лікування складних порушень ритму серця, мене призначили завідувачем з охорони здоров'я, науковим керівником

відділення став Квачук Григорій Миколайович. Він же був головою профспілкової організації клініки, а потім Інституту. Я починав свій стаж у профспілках з його заступника.

Тоді майже усі пацієнти зі складними порушеннями серцевого ритму були похилого віку, дуже важкі – з АВ-блокадою серця атеросклеротичного генезу. Причина – недостатня діагностика на ранніх стадіях, порушення ритму серця не могли діагностувати в людей працездатного віку, у молоді, дітей. У 2002 році був гучний випадок, коли в один день я прооперував чоловіка віком 101 рік, а Залевський – одноденну дитину. Про двох Даниїлів з різних століть писали тоді усі газети. Але це вже було набагато пізніше...».

Матюшко Людмила Григорівна, працює з 1974 року.

«Своє трудове життя я почала медичною сестрою у відділенні функціональної діагностики, а через рік стала операційною сестрою, працювала поряд з Миколаєм Михайловичем Амосовим. Працювати поруч з ним було дуже цікаво – це були прекрасні та щасливі роки. Коли потрапляєш в операційну – це інший світ, забуваєш про все і живеш по-іншому, і думаєш по-іншому, не помічаючи часу. Про операційних сестер Амосов говорив, що вони працюють просто заради роботи, не думаючи про кар'єру, а більшість хірургів – для дисертації, свого наукового майбутнього.

Після закінчення інституту попрацювала лікарем-педіатром, а згодом і до сьогодні – лікарем-кардіологом у консультативній поліклініці Інституту.

На все життя запам'яталося, як чергувала у Миколи Михайловича, коли він удома відновлювався після операції. Він тоді сам обрав чергових лікарів – Валентину Власівну Полуянову, Наталію Володимирівну Воробйову і мене. Чергували подобою. У той час я спілкувалася з його сім'єю, ми зріднилися. Ми снідали, обідали, вечеряли за одним столом. Амосов завжди говорив, що він не такий важко хворий, щоб постійно перебувати поруч з ним, і що я маю відпочивати. Він тоді багато мені розповідав про своє життя.

Я поступила до медичного інституту у 1981 році, не звільнялася. Тобто народження нашого Інституту я зустріла студенткою та операційною сестрою. І практично не відчула змін у своєму завантаженому навчанням і роботою житті. Коли отримала диплом і стала вже лікарем, Амосов сказав, що я буду здавати екзамен, як і всі, без урахування моїх попередніх заслуг. Протягом 40 хвилин мене екзаменував Яків Абрамович Бендет, здала на відмінно. Амосов тоді сказав мені: «Молодець, не осоромила операційних сестер». Для мене це була така радість, що я не підвела!».