

КОММЕНТАРИЙ К НОМЕРУ. УДАСТЯ ЛИ В РОССИИ РЕАЛИЗОВАТЬ СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ СЕПСИСА?

Ю. С. Полушин, И. В. Шлык

COMMENTARY OF THE ISSUE. WILL THE MODERN APPROACHES TO SEPSIS MANAGEMENT BE IMPLEMENTED IN RUSSIA?

Yu. S. Polushin, I. V. Shlyk

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И. П. Павлова»

Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, RF

Уважаемые коллеги!

Данный номер открывают статьи, в которых независимые друг от друга два коллектива авторов представили данные о соблюдении ключевых положений современных международных и национальных рекомендаций по профилактике инфекции и ведению пациентов с сепсисом в медицинских организациях России (не менее 45 крупных городов!). Они, прямо скажем, расстраивают. Например, оказалось, что «до настоящего времени треть специалистов нашей страны (33,3%) считают, что бактериемия является обязательным критерием диагностики сепсиса» [4], а алгоритм ранней целенаправленной терапии септического шока, рекомендуемый международными протоколами, применяется «необоснованно редко (у 27% пациентов)» [5]. Естественно, возникает вопрос, а почему же мы имеем такие результаты? Всё же от первой Чикагской согласительной конференции (1991 г.) и начала активной пропаганды программы «Surviving Sepsis Campaign», а также отечественной согласительной конференции (РАСХИ) в Калуге (2004 г.), адаптировавшей международные протоколы к российской действительности, прошло более 20 лет! За это время выросло новое поколение врачей, которое, казалось бы, должно было не просто впитать эти новые подходы и считать их азами, а вообще не понимать, как можно работать по-другому.

Может быть это связано с ущербностью самой идеологии? Но данные эпидемиологических исследований, посвящённых проблеме сепсиса, показывают, что за истекшие два десятилетия достигнут существенный прогресс в результатах лечения тяжёлого сепсиса, особенно у пациентов среднего возраста [8, 9]. Собственно, и материал, представленный в статье Л. Л. Плоткина и др., является тому подтверждением. Как ими было показано, использование алгоритма ранней целенаправленной

терапии, основанного на международных рекомендациях, позволяет снизить летальность при септическом шоке на 12% и увеличить 28-дневную выживаемость. Следовательно, мы не можем говорить об ошибочности рассматриваемой стратегии. Конечно, она не лишена недостатков, особенно в части толкования понятия «сепсис», позволяющего искусственно расширять пул «септических больных» за счёт пациентов с хорошо выраженной системной реакцией на повреждение (воспаление), а не на очаг инфекции. Но ведь для думающего доктора это не является проблемой; для недумающего же врача такой подход даёт возможность не опоздать с изменением тактики лечения, а для пациента увеличивает шансы на благоприятный исход. Впрочем, эта слабость современного подхода к определению сепсиса как к системной воспалительной реакции, развивающейся в ответ на инфекцию [7], вскоре, надо полагать, будет устранена – специалисты, работающие в этой области, знают, что сейчас идёт подготовка очередной согласительной конференции, на которой критерии сепсиса, вероятно, будут пересмотрены в сторону «утяжеления». Предполагается, что для констатации сепсиса уже будет недостаточно иметь «очаг + системную воспалительную реакцию», а необходимо будет зафиксировать развитие синдрома множественной органной дисфункции, обусловленного прогрессированием инфекционного процесса.

Принимая во внимание то, что современные международные протоколы полезны и эффективны, нельзя пройти мимо вывода из статьи Л. Л. Плоткина и др. о «необходимости оптимизации локальных протоколов интенсивной терапии септического шока». Наверное, можно просто считать эту формулировку неудачной. Нельзя исключить, что на самом деле авторы хотели просто призвать пользоваться международными и общероссийскими

рекомендациями, тем более что результаты их работы такую необходимость хорошо демонстрируют. Однако в последнее время идея создания «своих» локальных (городских, других местечковых) протоколов озвучивается всё чаще, что и даёт основание считать подобный подход не оговоркой, а проявлением закономерности. Подобная тенденция кажется особенно странной на фоне призывов МЗ РФ разрабатывать клинические рекомендации для всей страны (причём с участием общероссийских профессиональных организаций) и свидетельствует о недостаточной координирующей и образовательной роли профессиональных сообществ, имеющих отношение к данной проблеме.

А может быть причина того, что «септическая» идеология буксует, заключается в «неадекватном оснащении современным оборудованием и технологиями для микробиологической диагностики, в отсутствие лабораторий с круглосуточным режимом работы и возможности старта эмпирической антимикробной терапии с оптимального препарата сразу после постановки диагноза», как на это намекнула значительная часть респондентов из исследования В. В. Кулабухова и В. А. Руднова? Позволим себе и с этим не согласиться. Собственный определённый опыт организационной работы в этой области даёт основание утверждать, что если есть желание и понимание необходимости изменения положения в каком-то направлении, требуемые финансовые средства находятся даже при том «неизбыточном» финансировании медицинских организаций, которое сегодня имеет место. При грамотном отношении к ресурсам за счёт оптимизации и рационализации использования таких дорогостоящих средств, как антибиотики, препараты для парентерального питания и кровезаменители, можно высвободить средства для реализации протоколов по ранней целенаправленной терапии тяжёлого сепсиса.

Можно, конечно, критиковать бюджет отечественного здравоохранения, однако нельзя не отметить, что в течение рассматриваемого периода (20 лет) в стране появились совершенно новые, мощные, хорошо оснащённые перинатальные, а также многофункциональные медицинские центры, во многих городах была грамотно проведена модернизация действующих больниц, которая позволила поднять уровень оказания анестезиолого-реаниматологической помощи. Посмеём даже утверждать, что там, где думали о необходимости развития «хирургического инфекционного направления», было много сделано как для системы профилактики инфекционных осложнений, так и для их своевременной диагностики. Беда в том, что во многих местах об этом просто не думали либо не хватило настойчивости, аргументов и доказательств целесообразности изменений.

Безусловно, в этом должны были проявить себя не только, а может быть и не столько анестезиоло-

ги-реаниматологи, сколько представители других специальностей, прежде всего хирурги, которые, как ни прискорбно для нашего самомнения, все же обладают большим административным ресурсом и авторитетом. Но ведь и у нас в этом междисциплинарном взаимодействии есть своя ниша, и мы знаем, что чем грамотнее анестезиолог-реаниматолог, тем больше к нему прислушиваются. Если не прислушались, может и не было позиции или не хватило знаний? Представляется, что мы вообще делаем серьёзную ошибку, ограничивая себя в конструктивном общении со смежными специалистами (за пределами своих учреждений, но в профессиональном смысле). Конечно, специализация в нашей области объективно необходима, а глубина обсуждения специальных вопросов на наших научных форумах не всем интересна. Но то, что практически ушли в прошлое совместные с хирургами и терапевтами съезды, конгрессы, конференции, вряд ли стоит считать правильным, потому что то, что могли бы мы им сказать сами, теперь за нас говорят себе они же. Поэтому не надо удивляться, что наша точка зрения часто не совпадает с точкой зрения других специалистов, в их протоколах присутствуют удивляющие нас положения, а мы сами всё чаще рассматриваем возможность применения методов интенсивного лечения без учёта особенностей течения патологического процесса в целом и причин, его вызвавших. При этом иногда публично называем себя «синдромологами», открепившись от диагностического процесса и всячески стараясь переложить функции лечащего врача на других специалистов.

Если выйти за рамки рассматриваемого вопроса, то во многом именно из-за междисциплинарной диссоциации мы имеем разношёрстные порядки (приказы), предписывающие подходы к организации анестезиолого-реаниматологической помощи больным разных категорий, которые входят в противоречие с положениями основного Приказа № 919н от 15 ноября 2012 г. «Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология». Степень уважения к нашему мнению и наше место в медицинской иерархии особенно хорошо подчёркнуты Приказом МЗ РФ № 959 от 30 декабря 2014 г. [6], согласно которому в довольно подробном перечне внештатных главных специалистов федеральных округов вообще не нашлось места для «взрослых» анестезиологов-реаниматологов.

Возвращаясь к сути разбираемого вопроса, можно констатировать, что программа пересмотра отношения к сепсису забуксовала в том числе из-за того, что далеко не во всех уголках нашей страны среди специалистов разного профиля сложился конструктивный консенсус. То, что изменить мировоззрение и повысить уровень своих базовых знаний по этой проблеме не смогли не только анесте-

зиологи-реаниматологи, но и представители других специальностей (хирурги и др.), доказал спектр профессий респондентов, участвовавших в исследовании В. В. Кулабухова и В. А. Руднова.

Указание на низкий уровень знаний отчётливо прослеживается в обеих упомянутых статьях. Можно вспомнить и другие публикации на страницах нашего журнала, это констатирующие, например, статьи Н. А. Боровских и др. [2–5], основанные на материалах более 100 сложных судебно-медицинских экспертиз, назначенных судебно-следственными органами в течение последних 10 лет по поводу летальных исходов, имевших место в лечебных учреждениях разных федеральных округов РФ. В них показано, что ведущей причиной диагностических ошибок, а также осложнений, приведших к развитию тяжёлых последствий, являлись вопиющая безграмотность и низкая профессиональная подготовка медицинского персонала.

Безусловно, сегодня нет оснований говорить о катастрофически плохом состоянии анестезиологии и реаниматологии. Специальность продолжает развиваться, во многих учреждениях страны анестезию и интенсивную терапию проводят на высочайшем уровне. Публикуемые в нашем журнале работы свидетельствуют не только о недостатках, но и серьёзных достижениях. Да и на съездах Федерации анестезиологов и реаниматологов мы ощущаем приток в специальность молодых, энергичных и пытливых людей, активно посещающих образовательные мероприятия. Однако, положив руку на сердце, надо признать, что их доля в общем числе анестезиологов-реаниматологов крайне мала и далеко не все практические врачи имеют возможность заниматься самообразованием и ездить на знаковые конгрессы и конференции. Опрос сотрудников нашей кафедры (работа принята к публикации в № 2 журнала «Анестезиология и реаниматология») показал, что сегодня только 15,0% опрошенных анестезиологов-реаниматологов даже в Санкт-Петербурге соприкасались с дистанционными технологиями обучения. При этом большинству специалистов (88,2%) не всё равно, насколько интересны и полезны образовательные циклы. Вопреки расхожему мнению, что наши врачи повышают квалификацию там, «куда их направляют», оказалось, что при выборе учреждения для повышения квалификации 42,9% респондентов из числа практикующих анестезиологов-реаниматологов ориентировались на наиболее интересную программу, 16,3% – просто проходили курсы в том же учреждении, что и ранее, и только в 14,3% случаев за респондентов решение принимало руководство. А много ли таких мест, где на современном уровне преподносят лечение сепсиса или где анестезиологи-реаниматологи, хирурги, эпидемиологи, патологоанатомы не противоречат друг другу?

С этих позиций та образовательная деятельность, которую проделали и продолжают делать посредством выездов на места В. В. Кулабухов и В. А. Руднов, являющиеся признанными специалистами в области сепсисологии, имеет большое значение и должна быть оценена по достоинству. Но ведь это капля в море. В стране около 30 тыс. физических лиц и более 40 тыс. ставок анестезиологов-реаниматологов. А ещё есть хирурги, патологоанатомы, эпидемиологи и другие специалисты, тем или иным образом касающиеся проблемы сепсиса. Поэтому такие усилия могут дополнить, но не заменить деятельность медицинских вузов, призванных решать ключевые проблемы в области образования. Мы как-то мало говорим о качественных аспектах постдипломной подготовки, хотя и знаем, что далеко не все кафедры и курсы нашего профиля (а их у нас в стране около 80) могут одновременно и полноценно освещать вопросы как анестезиологии, так и реаниматологии хотя бы потому, что имеют разные по своему уровню и профилизации клинические базы и в большинстве своём прямо не отвечают за организацию лечебного процесса в учреждении и, соответственно, за результаты лечения. Поэтому часто они не могут существенно влиять на политику деятельности медицинской организации, а также определять эффективное мультидисциплинарное взаимодействие в рамках лечебного процесса. Несовершенство штатов, перегруженность аудиторными занятиями, низкая заработная плата преподавателей не привлекают молодых грамотных специалистов в кафедральные коллективы, способствуют разобщению теории и практики и ведут к смене ключевого в анестезиологии и реаниматологии принципа преподавания – «смотри как надо делать» на «смотри как не надо» или «слушай как надо». Преподаватель, не верящий сам и не имеющий возможности показать на практике то, о чём говорит, не может убедить обучающегося в преимуществах пропагандируемого им подхода.

Конечно, для кардинального изменения ситуации необходимы системные меры, выходящие за рамки наших полномочий (формирование новых юридически выверенных и взаимовыгодных отношений между вузами и базами, создание при всех вузах собственных клиник, изменение оплаты труда преподавателей и пр.). Сегодня мы не можем сделать так, чтобы весь профессорско-преподавательский состав обязательно был вовлечён в лечебный процесс и, тем более, чтобы он играл ключевую роль в деятельности учреждения. Мы же знаем, что преподаватель не всегда может заменить хорошего врача, а хороший врач необязательно должен быть хорошим преподавателем. Вместе с тем есть аспекты, которые находятся в нашей власти и которые могут способствовать повышению квалификации преподавателей. Например, почему бы в рамках деятельности нашей Федерации не активизировать хо-

рошо зарекомендовавшую себя программу «обучай учителей», расширив её задачи. Правильно, что мы пытаемся обучать молодых педагогов методическим приёмам проведения занятий на примере выведения из терминального состояния. Но разве преподаватели со стажем не нуждаются в корректировке своих знаний и навыков по тем разделам, которые для них не составляют ежедневной проблемы? Может быть для них в рамках съездов целенаправленно, с особым подходом и тактом, организовывать соответствующие мастер-классы? Наверное, комиссии по образованию нашей Федерации данный аспект деятельности не стоит обходить вниманием, было бы неплохо ей также держать в поле зрения и другие аспекты взаимодействия с кафедрами.

Таким образом, не следует удивляться тому, какие результаты мы имеем в отношении эффективности внедрения положений сообщества Surviving Sepsis Campaign. Важно понимать, что в основе их лежит не только низкий уровень знаний по проблеме отдельных докторов, но и системные факторы, которые изменить можно только путём общих, а не локальных действий. Наверное, надо возвращаться к опыту 90-х годов, активнее использовать мультимедицинские обсуждения, регистрировать в МЗ РФ адаптированные к России международные протоколы по лечению сепсиса. Приятно осознавать, что сейчас будет легче, чем 20 лет назад: стартовать ведь надо не с чистого лис-

та – определённая часть врачей, как оказывается, всё же ориентирована в проблеме.

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава РФ, 197022, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8.

Полушин Юрий Сергеевич

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, проректор по научной работе, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии, руководитель научно-клинического центра анестезиологии и реаниматологии, главный редактор журнала «Вестник анестезиологии и реаниматологии»,
E-mail: polushin1@gmail.com

Шлык Ирина Владимировна

доктор медицинских наук, профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии, заместитель руководителя научно-клинического центра анестезиологии и реаниматологии, заместитель главного врача по анестезиологии и реаниматологии, член редколлегии журнала «Вестник анестезиологии и реаниматологии»,
E-mail: irina_shlyk@mail.ru

Литература

1. Боровских Н. А., Быховская О. А., Лаврентюк Г. П. Причины неблагоприятных исходов сепсиса (по данным судебно-медицинской экспертизы) // Вестн. анестезиол. и реаниматол. – 2014. – Т. 12, № 2. – С. 48–55.
2. Боровских Н. А., Быховская О. А., Лаврентюк Г. П. и др. Влияние акушерских и анестезиологических осложнений на материнскую и перинатальную смертность (по данным судебно-медицинской экспертизы) // Вестн. анестезиол. и реаниматол. – 2014. – Т. 11, № 4. – С. 38–44.
3. Боровских Н. А., Быховская О. А., Лаврентюк Г. П. Ошибки в диагностике и лечении острой дыхательной недостаточности (по данным судебно-медицинской экспертизы) // Вестн. анестезиол. и реаниматол. – 2014. – № 6. – С. 58–66.
4. Кулабухов В. В., Руднов В. А. Анализ соблюдения современной стратегии по ведению пациентов с сепсисом и профилактике инфекций на этапе интенсивной терапии. Результаты многоцентрового исследования // Вестн. анестезиол. и реаниматол. – 2015. – № 2. – С. 7–13.
5. Плоткин Л. Л., Смоленский И. Ю., Тимченко Н. Н. и др. Ранняя целенаправленная терапия септического шока: результат многоцентрового ретроспективного анализа // Вестн. анестезиол. и реаниматол. – 2015. – № 2. – С. 14–20.
6. Приказ МЗ РФ № 959 от 30 декабря 2014 г. «О списке главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Российской Федерации в федеральных округах Российской Федерации».
7. Bone R. C., Sprung C. L., Sibbald W. S. Definitions for sepsis and organ failure // Crit. Care Med. – 1992. – Vol. 20, № 6. – P. 724–726.
8. Kaukonen K. M., Bailey M., Suzuki S. et al. Mortality related to severe sepsis and septic shock among critically ill patients in Australia and New Zealand, 2000–2012 // JAMA. – 2014. – Vol. 311, № 13. – P. 1308–1316.
9. Levy M. M., Rhodes A., Phillips G. S. et al. Surviving sepsis campaign: association between performance metrics and outcomes in a 7.5-year study // Crit. Care Med. – 2015. – Vol. 43. – Issue 1. – P. 3–12.

References

1. Borovskikh N.A., Bykhovskaya O.A., Lavrenyuk G.P. Reasons for unfavorable sepsis outcomes (basing on data of forensic medical examinations). *Vestnik Anesteziol. i Reanimatol.*, 2014, vol. 12, no. 2, pp. 48–55. (In Russ.)
2. Borovskikh N.A., Bykhovskaya O.A., Lavrenyuk G.P. et al. Impact of obstetric and anesthetic implications on maternal and prenatal mortality (basing on data of forensic medical examinations). *Vestnik Anesteziol. i Reanimatol.*, 2014, vol. 11, no. 4, pp. 38–44. (In Russ.)
3. Borovskikh N.A., Bykhovskaya O.A., Lavrenyuk G.P. Errors in diagnostics and treatment of acute respiratory failure (basing on data of forensic medical examinations). *Vestnik Anesteziol. i Reanimatol.*, 2014, no. 6, pp. 58–66. (In Russ.)
4. Kulabukhov V.V., Rudnov V.A. Analysis of compliance with the new strategy for managing sepsis patients and prevention of infection during intensive therapy. Results of multicenter trial. *Vestnik Anesteziol. i Reanimatol.*, 2015, no. 2, pp. 7–13. (In Russ.)
5. Plotkin L.L., Smolensky I.Yu., Timchenko N. et al. Early targeted treatment of septic shock: results of multicenter retrospective survey. *Vestnik Anesteziol. i Reanimatol.*, 2015, no. 2, pp. 14–20. (In Russ.)
6. Edict no. 959 On the List of Chief Supernumerary Specialists of RF Ministry of Health in the Federal Districts of the Russian Federation by RF MoH as of December 30, 2014.
7. Bone R.C., Sprung C.L., Sibbald W.S. Definitions for sepsis and organ failure. *Crit. Care Med.*, 1992, vol. 20, no. 6, pp. 724–726.
8. Kaukonen K.M., Bailey M., Suzuki S. et al. Mortality related to severe sepsis and septic shock among critically ill patients in Australia and New Zealand, 2000–2012. *JAMA.* 2014, vol. 311, no. 13, pp. 1308–1316.
9. Levy M.M., Rhodes A., Phillips G.S. et al. Surviving sepsis campaign: association between performance metrics and outcomes in a 7.5 year study. *Crit. Care Med.* 2015, vol. 43, Issue 1, pp. 3–12.