

<http://doi.org/10.21292/2078-5658-2019-16-2-6-14>



ОТЕЧЕСТВЕННАЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ-РЕАНИМАТОЛОГИЯ 2019 – К ЧЕМУ ПРИШЛИ И КУДА ИДЕМ

Ю. С. ПОЛУШИН

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ,
Санкт-Петербург, РФ

Оглядываясь на 60-летний период развития анестезиологии и реаниматологии в стране, автор останавливается на некоторых соображениях, в большей степени отражающих идеологию и психологию работающих в этой сфере специалистов, которые, с его точки зрения, затрудняют дальнейшее развитие специальности в качестве самостоятельного направления в отечественной медицине. Обращено внимание на некоторые проблемные вопросы междисциплинарного взаимодействия, подготовки кадров, организации помощи. Отмечена необходимость учитывать опыт предшественников, поскольку многие сегодняшние проблемы во многом по своей сути такие же, как были и ранее. Высказано мнение, что движение вперед возможно только при консолидации усилий всего профессионального сообщества.

Ключевые слова: анестезиология и реаниматология, интенсивная терапия, организация, медицинские услуги

Для цитирования: Полушин Ю. С. Отечественная анестезиология-реаниматология 2019 – к чему пришли и куда идем // Вестник анестезиологии и реаниматологии. – 2019. – Т. 16, № 2. – С. 6-14. DOI: 10.21292/2078-5658-2019-16-2-6-14

THE RUSSIAN ANESTHESIOLOGY AND CRITICAL CARE IN 2019 – WHAT WE HAVE ACHIEVED AND WHERE WE GO

YU. S. POLUSHIN

Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, St. Petersburg, Russia

Looking back at the 60-year period of anesthesiology and critical care development in this country, the author paid special attention to some considerations that largely reflect the ideology and psychology of specialists working in this field, who, from his point of view, interfered with further development of this specialty as an independent medical field in Russia. Special emphasis was put on some problematic issues of interdisciplinary interaction, training, and organization of care. It was noted that the experience of predecessors was to be taken into account since the essence of many current problems was in many ways the same as it had been before. The author suggested that moving forward was possible only if the efforts of the entire professional community were consolidated.

Key words: anesthesiology and critical care, intensive care, organization, medical services

For citations: Polushin Yu.S. The Russian anesthesiology and critical care in 2019 – what we have achieved and where we go. *Messenger of Anesthesiology and Resuscitation*, 2019, Vol. 16, no. 2, P. 6-14. (In Russ.) DOI: 10.21292/2078-5658-2019-16-2-6-14

В августе 2018 г. исполнилось 60 лет со дня основания первой в России кафедры анестезиологии (Военно-медицинская академия), что созвучно с констатацией завершения 60-летнего периода со дня официального признания специальности в качестве самостоятельного направления в медицине. Данное событие побуждает к тому, чтобы оглянуться и оценить, изменился ли «мир анестезиологии-реаниматологии», что происходит вокруг и на что следует обратить внимание. Анализировать итоги развития какого бы то ни было направления за любой период, особенно длительный, – дело очень сложное и неблагодарное, поскольку при оценке невозможно избежать субъективизма, а внимательно следящий за развитием той или иной специальности человек может иметь на сей счет свою точку зрения. Невозможно также в рамках одного выступления осветить абсолютно все аспекты, характерные для любого направления, даже не столь многогранного, как анестезиология и реаниматология. Я сознательно не хотел ставить на первую позицию организационные вопросы службы анестезиологии-реаниматологии, поскольку подробно уже останавливался на них в обращении к читателям журнала «Вестник анестезиологии и реаниматологии» в первом номере за 2019 г. [1]. Мне также показалось неверным акцентировать

внимание на конкретных достижениях в области как анестезиологии, так и интенсивной терапии, поскольку соответствующие доклады и аналитические статьи в этих двух направлениях должны подготовить мои коллеги – профессора В. А. Руднов (г. Екатеринбург), В. В. Лихванцев (г. Москва) и А. У. Лекманов (г. Москва).

Я счел возможным остановиться на некоторых соображениях, в большей степени идеологической направленности, которые, как мне кажется, важны прежде всего для нас самих, поскольку именно человеческий фактор определяет тренд в развитии специальности, а не наоборот.

Не так давно медицинская общественность страны отметила еще один юбилей: 150 лет со дня рождения Сергея Петровича Федорова – выдающегося хирурга, способствовавшего развитию многих направлений общей хирургии, а также урологии, нейрохирургии и, кстати, анестезиологии. Это в его клинике (в той же, которой с 1841 по 1856 г. руководил Н. И. Пирогов, где отрабатывались принципы проведения анестезии эфиром и хлороформом) Анатолий Порфирьевич Еремич в 1909 г. изучил и внедрил в практику неингаляционную анестезию барбитуратами (гедоналом), получившую название «русский метод анестезии». Здесь же в 1919 г. В. Н. Шамоу впервые в СССР выполнил перелива-

ние крови с учетом ее групповой принадлежности, а в 1934 г. была проведена анестезия эвипаном.

С. П. Федоров, один из лучших хирургов мира того времени, – автор статьи «Хирургия на распутии» [4], получившей неоднозначное толкование. Многие хирурги до сих пор трактуют ее как проявление разочарования С. П. Федоровым хирургией. Напротив, мой учитель, один из первых анестезиологов послевоенного времени, Б. С. Уваров, всегда ее воспринимал как работу, способствовавшую выделению анестезиологии-реаниматологии в самостоятельное направление, так как в ней явно читался тезис о невозможности дальнейшего развития хирургии лишь на эксплуатации анатомического принципа оперирования без учета функционального статуса пациента, который, как понятно, составляет объект для внимания именно нашего направления. Данный пример прекрасно характеризует возможность диаметрально противоположных суждений об одном и том же событии и позволяет не беспокоиться о том, как будут восприняты излагаемые мною положения.

Статья С. П. Федорова интересна еще и потому, что многие его мысли и высказывания не потеряли своей значимости и сегодня: *«Историю... нельзя изменить. Но ее необходимо знать. В противном случае велик риск повторения негативного и ошечного...»* [4].

Внедрение в практику общей анестезии, возможность оперировать без боли – величайшее достижение медицины, сопоставимое с открытием асептики и антисептики. Появление новых анестетиков и анальгетиков, миорелаксации, развитие технологий «интенсивной терапии интраоперационного периода» значительно расширили пределы «функциональной операбельности» больных, дали новый толчок развитию не только хирургии, но и других направлений медицины. Выполнение сложных, обширных операций, в том числе симультанных, стало обыденной практикой. Именно благодаря высокому уровню анестезиологии стала возможной реализация программ «ускоренного выздоровления» пациентов (fast-track). Современные технологии замещения утраченных функций организма (различные режимы искусственной и вспомогательной вентиляции легких, искусственного и вспомогательного кровообращения, экстракорпоральная мембранная оксигенация, заместительная почечная терапия и пр.) позволили давать шанс на выздоровление тем, кто ранее его не имел. Казалось бы, все это должно гарантировать вечное почтительное отношение ко всем носителям гордого звания «анестезиолог-реаниматолог». Однако на практике мы видим иное (если, конечно, обобщать ситуацию в целом по стране, а не говорить об отдельных личностях и отдельных учреждениях) – постепенное снижение авторитета службы и желания администрации прислушиваться к нашему мнению, быстрое профессиональное «выгорание» персонала, снижение уровня квалификации кадров, финансирование по

остаточному принципу. Фактически сформировался замкнутый круг: девальвация достигнутых позиций – снижение привлекательности – ухудшение качества кадрового потенциала – неумение либо невозможность отстаивать интересы службы – усиление примитивизма в работе и закрепление нахождения на вторых ролях. Может быть пришло время задуматься о том, почему мы не приобретаем, а, наоборот, даже теряем прежние позиции? Только ли «система» в этом виновата?

Свалить вину на «систему» функционирования здравоохранения проще всего. Вместе с тем давайте обратим внимание на крупные проекты хотя бы последнего десятилетия, которые она («система») реализовала и стремится реализовать: на модернизацию технической составляющей учреждений, строительство перинатальных и создание сосудистых центров, развитие ряда медицинских организаций федерального и даже регионального уровня, принятие программ по онкологии и паллиативной медицине. Во всех этих проектах не мы формулировали задачи в нашей области, не мы предлагали варианты их решения. Анестезиология-реаниматология если и была включена в эти проекты, то мимоходом и неполноценно. Я не помню, когда проводилась последняя коллегия Минздрава по имеющим отношение к нам вопросам. Может быть настала пора посмотреть в зеркало и признать, что наш голос в стране стал очень слаб и мы не можем сформулировать и, главное, донести до принимающих решения соответствующих руководителей разного уровня важность и необходимость развития нашего направления.

Любой конечный результат может быть итогом не только исключительно одного фактора, но и следствием совокупности мелких на первый взгляд событий. Аспекты нравственного изменения нашего общества среди них имеют, с моей точки зрения, немаловажное значение. Стремление к чинам, регалиям и званиям, лицемерие и жажда получить желаемое любой ценой либо удержаться на вершине условной профессиональной пирамиды, перечеркивающие чувство профессиональной ответственности за зону ответственности, увы, не являются редкостью. Сегодня, к сожалению, на подобные вещи все меньше обращают внимание, хотя помноженные на недостаточный профессионализм они и ведут к ложной корпоративности принятия решений, «беззубости» и неэффективности в области администрирования.

Когда-то С. П. Федоров писал про свое направление: *«Хирургия горда своими успехами. Но еще больше горды сами хирурги, особенно более молодые. Они без конца пишут и докладывают о своих успехах, забывая подчас о том, что одно количество далеко не всегда решает дело»* [4]. И мы в своем кругу часто гордимся собственными успехами, и нас захлестнула волна поверхностных статей, лекций, «рандомизированных» исследований, метаанализов с призывом верить исключительно им. Но ведь даже редакторы известных журналов предостере-

гают от слепого восприятия написанного: *«Сейчас просто невозможно верить большей части опубликованных клинических исследований... и авторитетных медицинских рекомендаций»* (Marcia Angell, New England Medical Journal, 2009, [6]); *«Многое из того, что публикуется, неверно»* (Richard Horton, Lancet, 2015 [10]). Стремление бездумно принимать на веру все, что опубликовано, и особенно практика ужесточения контроля соблюдения придуманных правил загоняют медицину в извращенные рамки стандартизации и выхолащивают врачебную мысль. Удивительно, но мы, как замороженные, в качестве ключевых критериев эффективности отдельных методик с упоением воспринимаем, например, показатель летальности на 28-30-е сут пребывания пациента в стационаре, на протяжении которых он получал многообразное комплексное лечение. О какой реальной рандомизации в этой ситуации может идти речь? С упорством, достойным лучшего применения, мы пытаемся привнести в нашу практику западные подходы, не обращая внимания на принципиальное различие парадигм систем здравоохранения – у них можно применять все, что не запрещено, а у нас – только то, что разрешено! Они от неблагоприятных последствий защищены системой страхования, а нас за шаг влево и вправо быстро приглашают в прокуратуру. Они создают различные профессиональные общества и ассоциации, издают многочисленные рекомендации, позволяющие выбирать разные подходы к лечению и в трудный момент с их помощью защищаться. Мы же упорно стремимся загнать всех в прокрустово ложе какой-либо одной общественной организации и одних рекомендаций, препятствуя многополярности мнений и суждений.

«...Не только количество операций определяет опыт, но и малое число наблюдений позволяет сделать выводы вдумчивому хирургу...» (С. П. Федоров [4]). Точно так же и в анестезиологии-реаниматологии не только от количества наблюдений зависит конечное качество оказанной помощи. Безусловно, при легком отношении к фактам возрастает риск бесконтрольного жонглирования данными. Соблазн усиливается при появлении материальной выгоды, и снижение планки морали в обществе этому может только способствовать. Погоня за индексами публикационной активности и цитирования также подстрекает к злоупотреблениям и стимулирует поток бумаготворчества. Поэтому, конечно, должны быть установлены определенные правила, обеспечивающие достоверность получаемых данных. Недооценка принципов доказательной медицины с этих позиций явно вредна, но вредна и их переоценка. В этом отношении примечательна фраза Стива Джобса (Steve Jobs) *«...Не попадайте в ловушку догмы, что означает жить результатами мышления других людей. Не позволяйте шуму чужих мнений перебить ваш внутренний голос. И самое важное, имейте храбрость следовать своему сердцу и своей интуиции»* (2010 г.) [11].

В качестве понятного для нас примера может служить ситуация с проблемой послеоперационных когнитивных расстройств (ПОКД). За последние годы к этой теме не обращались только ленивые. О вреде анестезии говорили с самых высоких трибун, причем так убедительно, что формировалось чувство неполноценности тебя как специалиста, не способного обеспечить адекватную защиту от операционной травмы. Отношение к данной проблеме мною с коллегами было сформулировано в статье, опубликованной в предыдущем номере «Вестника...» [2]. Ключевой наш посыл – факт развития послеоперационных когнитивных нарушений следует воспринимать как реальность, но на сегодня нет оснований связывать их исключительно с влиянием проводимой пациенту общей анестезии. Тем более нет оснований, да и просто вредно громко и утверждать, что ПОКД является **осложнением анестезии**. Позволю себе еще раз воспользоваться упомянутой в предыдущей статье работой американских коллег M. S. Avidan и A. S. Evers в журнале «Anesthesiology» [7], которые выстроили «пирамиду доказательности» исследований в этой области, и из 54 работ не нашли ни одной, где бы убедительно доказывалось наличие такой связи, но зато отметили 11, в которых с высокой степенью доказательности такая связь отвергалась. Я даже не хочу рассуждать о потенциальных негативных юридических последствиях подобных утверждений и акцентирую внимание только на возможных имиджевых потерях для и так невысокого авторитета нашей профессии среди коллег и населения.

«Слишком широко и легко пользуются тем, что называют теперь «рабочими гипотезами»... Я не буду оспаривать нужности иногда таких гипотез, но могу ожидать от них пользы только тогда, когда они строятся на научных фактах и соображениях... Теперь же в огромном большинстве случаев в основу рабочих гипотез ложатся, в лучшем случае, опять-таки только гипотезы. Ждать от этого чего-либо доброго нельзя, и факты показывают, как скоро и как часто летят теперь в трубу рабочие гипотезы» (С. П. Федоров [4]).

Понятно, что сегодня трудно рассчитывать на появление глобальных фундаментальных открытий, которые перевернули бы наши представления о, например, механизмах действия анестетиков и позволили бы изменить подходы к анестезиологическому обеспечению операций. Поэтому появление чего-то нового всегда порождает понятное желание тоже внести лепту в развитие идеи. Вопрос в том, насколько корректно и добросовестно это делается. *«В хирургии есть мода... Одни думают, что делают открытие, другие – закрепляют приоритет, авторитет, третьи – напоминают о себе, четвертые – для «научного стажа»* (С. П. Федоров [4]).

Гонка за приоритетом и количеством статей не всегда дружит с истиной. Огорчает то, что свои собственные исследования при этом мы проводим все реже и все более поверхностно, зато обзоры работ

иностранных авторов публикуем часто. Снижение активности в научной области налицо. В стране резко сократилось число учреждений, в которых проводят даже не фундаментальные, а простые прикладные исследования. Мы плохо поддерживаем своих ученых, особенно молодых. По поступающим в наши журналы статьям (а я это знаю не только по работе в «Вестнике анестезиологии и реаниматологии») видно, что многие руководители пускают процесс публикации материалов на «самотек», не вычитывая статьи, не поправляя и не обучая работать над ними своих же собственных учеников. В итоге появляется все больше людей, которые сами пишут неблестяще, почти не публикуют свои собственные данные, но охотно критикуют чужие статьи. Уровень научных работ и компетентности в области анестезиологии-реаниматологии резко упал. Конгрессы и съезды все больше превращаются в исключительно образовательные мероприятия, где в качестве лекторов выступают, как правило, одни и те же лица или коллеги из других государств.

Занятие наукой, к сожалению, перестало быть привлекательным. Для нашей специальности это плохо, так как аналитическая и мыслительная составляющие всегда играли в ней важнейшую роль. В совокупности с проблемами в системе подготовки наших специалистов, во многом ориентированной преимущественно на приобретение манипуляционных навыков, это все больше способствует трансформации анестезиологии-реаниматологии из «искусства» в «ремесло».

Я с большим пиететом отношусь к нашим иностранным коллегам. Большинство из тех, кто приезжает в нашу страну, заслуживают всяческого уважения. Однако должны ли мы принимать на веру все, что нам преподносится? Должны ли мы механически переносить в свою практическую жизнь их советы, ведь возможности в проведении анестезии и интенсивной терапии у них и у нас далеко не всегда идентичны? Всегда ли их рекомендации оптимальны?

Мне, например, весьма любопытно, почему теперь все научные журналы должны в конце статьи обязательно указывать наличие или отсутствие у авторов «конфликта интересов»? На зарубежных конгрессах данное правило распространяется и на всех докладчиков. Почему и когда это стало нормой? Может быть после того, как чашу терпения переполнили многочисленные публикации и выступления, открыто или скрыто лоббирующие интересы производителей? Отрадно, что сегодня большинство компаний, особенно западных, переболели этой болезнью и стали более щепетильно относиться к донесению информации до аудитории. Но важно, чтобы и носители этой информации более ответственно играли отводимую им роль.

Агрравация позитива, сокрытие негатива или слабых мест, принижение значимости альтернативных препаратов и технологий – это ведь не только реноме выступающего, но и в конечном счете влияние на

результаты лечения, на эффективность внедряемых технологий, финансовые издержки и доверие к тем, кто после прослушивания лекций просит внедрять новые технологии в практику в своем конкретном учреждении. Не хочется никого обижать, но, к сожалению, в последние годы заказные, но скрывающие этот факт лекции стали практикой, и не всегда их читают корректно. Доверие потерять легко, сложнее его восстанавливать.

«...Для клинициста и врача-практика создалось тяжелое положение – кому верить. Для себя я решаю этот вопрос просто: я доверяю только тем работам, которые выходят из клиник или лабораторий, во главе которых стоят лица, создавшие себе научное имя или исключительно работающие в области только что упомянутых мною дисциплин; и мне всегда бывает только смешно, когда хирургические младенцы авторитетно решают биологические проблемы» (С. П. Федоров [4]).

Я далек от мысли, что подобный негатив является исключительно следствием осознанной недобросовестности. Я также не могу не подчеркнуть, что не считаю отечественных специалистов главными представителями подобной философии. Во-первых, это не мы, а наши иностранные коллеги первыми придумали термин «конфликт интересов», а, во-вторых, факты целенаправленного лоббирования с их стороны тоже хорошо известны. Чего стоит, например, кампания вокруг препаратов на основе гидроксиэтилкрахмалов (ГЭК), приведшая к появлению определенных ограничений в их использовании и активизации продаж других плазмозамещающих средств. А ведь на этапе внедрения в практику ГЭК мы слышали огромное количество благожелательных отзывов со всех сторон, в том числе основанных на принципах широко пропагандируемой доказательной медицины. Дошло до того, что в 2018 г. Европейское медицинское агентство, опираясь на решение (от 08.01.2018 г.) Комитета по оценке рисков, связанных с безопасностью лекарственных средств, Европейского агентства по лекарственным средствам (PRAC EMA), подготовило вердикт о полном прекращении использования препаратов гидроксиэтилкрахмала. Это вошло в противоречие с результатами ряда исследований, с мнением и рекомендациями не только международных анестезиологических обществ, но и собственной экспертной комиссии PRAC EMA. Одно из авторитетнейших профессиональных сообществ мира – «Немецкое общество анестезиологии и интенсивной медицины» – от имени 16 Европейских обществ анестезиологии весьма эмоционально выступило против огульного запрета использования растворов ГЭК и того, что EMA ориентировалось на мнение всего двух обществ и отдельных реаниматологов, занимавшихся лечением пациентов с сепсисом. Последнее обстоятельство особенно было воспринято с удивлением, поскольку применение ГЭК при лечении сепсиса было запрещено ранее, что априори исключало получение новых данных

этими специалистами. Общество напомнило, что дискуссии о ГЭК вообще были начаты после исследований, подвергшихся критике за их методические недостатки и противоречивые результаты. Нашим европейским коллегам удалось добиться инициации нового исследования и отсрочки реализации решения Европейского медицинского агентства до его завершения. Но независимо от итогов («оправдают» или «не оправдают» ГЭК), этот пример показывает, что не следует абсолютизировать ценность результатов любых исследований и, тем более, превращать их в «жупел» при экспертизе качества оказанной помощи. К сожалению, в любом обществе и во все времена были и будут лица, которые могут злоупотреблять доверием. Повышение добросовестности и объективности в преподнесении информации, в том числе при подготовке профессиональными сообществами важных для практики рекомендаций, повысит их силу голоса, а также веру в них.

Мы же сегодня сталкиваемся просто с потоком клинических рекомендаций, часто противоречащих друг другу, особенно по вопросам, стоящим на стыке разных клинических дисциплин, но значимость которых возводится до небес. Это очень тревожно, поскольку на следующем этапе они будут положены в основу стандартов оказания помощи, отклонение от которых может быть использовано для обвинения медицинских работников в некачественной работе. Наши иностранные коллеги поняли опасность чрезмерной свободы при подготовке рекомендаций и уже начали вводить определенные ограничения на их составление. Совсем последние данные, опубликованные в журнале JAMA Intern Med (2019 г.), подтвердили такую необходимость. В частности, 18 февраля 2019 г. на его онлайн-страницах представлены результаты оценки качества клинических практических рекомендаций по медикаментозному лечению пациентов с неинфекционными заболеваниями, вышедшие в течение 2011-2017 гг. Из 421 рекомендации признаны высококачественными лишь 23,5% [13]. Надеюсь, что и мы быстро уясним это для себя, а предложенные МЗ РФ меры по контролю за процессом подготовки рекомендаций (формирование специального контролирующего совета, исключение «конфликта интересов» и пр.) не окажутся профанацией. Также очень хочется рассчитывать на то, что регламентирование (стандартизация) помощи больным не перекроет дорогу персонализированной медицине (учету индивидуальных особенностей пациента), значимость которой отмечали еще наши учителя, в том числе часто цитируемый в этой статье С. П. Федоров.

Не могу исключить того, что в снижении веса голоса анестезиолога-реаниматолога в принятии тех или иных лечебных и административных решений существенное значение сыграла чрезмерная изолированность нашего анестезиолого-реаниматологического сообщества от смежных специалистов. Конечно, это может быть следствием естественного

процесса развития специальности, приводящего к углублению специализации (особенно это характерно для анестезиологии). Другая причина может заключаться в неурегулированности правовых взаимоотношений между врачами разного профиля, занимающимися лечением пациентов в критическом состоянии (это свойственно области интенсивной терапии и реанимации).

«Чрезмерная специализация всегда была... один человек не может вместить всех разросшихся специальностей. Это объяснение до некоторой степени верно. Но с другой стороны, нельзя не отметить, что в каждой все более дробящейся мелкой специальности появляется необыкновенное количество самых ничтожных мелочей, которым приписывают иногда значение важных открытий и которые засоряют голову специалиста, убивая в ней способность к широкому медицинскому мышлению» (С. П. Федоров [4]).

Объем современных знаний в области анестезиологии и реаниматологии действительно очень велик, отсюда трудно быть компетентным сразу во всех областях. Однако процесс специализации сегодня настолько стал чрезмерным, что его стало возможным ассоциировать с дроблением специальности на составляющие. Фармакология для анестезиологов-реаниматологов, знание которой всегда было для них ключевым, постепенно отдается на откуп клиническим фармакологам. И это только кажется, что данное направление ограничивается лишь антибактериальной терапией. При взаимодействии с практическими врачами часто приходится слышать, что «практическому врачу знание дозирования препаратов на кг массы тела необязательно», а также убеждаться в незнании ими как рекомендуемых для достижения нужного эффекта доз средств, так и фармакокинетики и фармакодинамики препаратов. Вопросы энергетической поддержки энтузиасты стараются переложить на плечи специалистов нового профиля – нутрициологов, переливания крови и ее компонентов – на клинических трансфузиологов, эфферентной и заместительной-почечной терапии – на нефрологов и «специалистов по детоксикации», нюансы кардиологической патологии – на кардиологов. Трахеостомия, в том числе чрескожная, – удел лор-специалистов или эндоскопистов. Появляется когорта «респираторных терапевтов», имеющих хорошие познания лишь по методам искусственной и вспомогательной вентиляции легких. Большинство реаниматологов не разбираются в результатах томографических, ультразвуковых исследований. Смежные специалисты в шутку все чаще называют современного реаниматолога «телефонистом», основной задачей которого является своевременный вызов консультантов. Да и в нашей собственной среде все шире распространяется мнение о том, что мы «синдромалисты» и занимаемся лечением синдромов, а не болезни, поэтому не можем быть лечащими врачами.

Учитывая низкий уровень подготовленности основной массы анестезиологов-реаниматологов и все

время растущую юридическую ответственность, а также огромный поток пациентов в отделения нашего профиля, желание избежать лишней нервозности вполне понятно. Однако надо понимать, что тогда, когда специалист не хочет нести ответственность за результат, эту ответственность вынуждены брать на себя другие. Стоит ли удивляться, если эти «другие» хотят контролировать все этапы лечения пациента. Когда это еще подкрепляется характерологическими особенностями личностей с обеих сторон, рассчитывать на понимание своих действий без нахождения консенсуса трудно. Отсутствие совместных с хирургами и терапевтами конгрессов, на которых можно было бы слышать друг друга, – наше упущение, которое следует нивелировать. Грамотное междисциплинарное взаимодействие – основа для продвижения наших интересов.

Среди анестезиологов чрезмерная специализация тоже имеет место. Появились «нейроанестезиологи», «кардиоанестезиологи», «шокисты», узкие специалисты по анестезии в травматологии и ортопедии, акушерстве. Хирурги все больше стали бояться замен «знакового» анестезиолога «непривычным» для них персонажем и склоняться к работе с «персонализированными» анестезиологическими бригадами. Здесь тоже есть своя логика, прежде всего – у хирурга, но это не льет воду на мельницу нашей специальности и не способствует закреплению ее самостоятельности.

Безусловно, так жить проще. Зачем расширять зону ответственности, зачем сопротивляться обстоятельствам, зачем плодить недоброжелателей? Такой подход с позиции практического доктора вполне понятен, но полезен ли он в целом для специальности? Я думаю, что нет. Можем ли мы что-то изменить и на что-то повлиять, если да, то кто и как это должен делать?

Нет сомнений, что пути к решению проблемы прежде всего лежат в области образования и организационно-правового поля. Вряд ли кто будет спорить с тем, что система подготовки кадров, сложившаяся в стране, архаична. Она абсолютно не соответствует общемировым стандартам, но предполагает выпуск в практическое звено специалиста, который после короткой подготовки (ранее вообще в течение года, теперь двух лет) должен обеспечивать весь спектр медицинских услуг, характерных для специальности «анестезиология и реаниматология». Она также не учитывает сложившуюся дифференциацию задач и возможностей по оказанию анестезиолого-реаниматологической помощи в муниципальных, субъектовных и федеральных медицинских организациях; различие задач и возможностей по ее оказанию в самих учреждениях (работа в операционных, в отделениях реанимации и интенсивной терапии, в том числе специализированных и в стационарном отделении скорой медицинской помощи).

Мы все знаем, что два года – слишком малый срок, чтобы научить обучающегося квалифицированно работать и анестезиологом, и реаниматоло-

гом. Подобное положение свойственно и другим специальностям, в которых за два года также невозможно подготовить высококлассного специалиста. Хирурги, офтальмологи, оториноларингологи и другие специалисты, использующие инвазивные технологии, никогда сразу после институтской скамьи не будут допущены к выполнению сложных операций. Им придется еще долго тренироваться, чтобы получить в руки скальпель или другой ключевой инструмент. В анестезиологии же и реаниматологии считается нормой поручать самостоятельно протезировать функции систем жизнеобеспечения сразу после получения диплома. Только выпускник по анестезиологии-реаниматологии, а то и обучающийся, независимо от опыта и полученных навыков, вынужден прибегать к действиям и манипуляциям, которые несут прямую опасность жизни пациента. И диапазон его действий ничем не ограничен. Более того, планка осознанно поднята высоко (см. профстандарт по специальности «Анестезиология и реаниматология» [3]), причем кем – нашими же коллегами. При этом форма целевой подготовки, на данном этапе приоритетно реализуемая МЗ РФ, которая предполагает обеспечение готовности специалиста работать на конкретно выделенном ему месте, а также действующие нормативно-правовые акты никак не устраняют противоречие между возможностью и способностью врача оказать помощь в конкретных условиях и высочайшими требованиями экспертной оценки качества ее оказания.

В условиях резко увеличившегося интереса правоохранительных структур к деятельности медицинских работников это противоречие необходимо устранить. С одной стороны, это можно сделать через изменение системы подготовки кадров и увеличение продолжительности обучения (нет оптимизма!), с другой – через изменение организации анестезиолого-реаниматологической помощи с определением минимума навыков, умений и знаний, которыми выпускник должен обладать, чтобы безопасно для пациента и для себя оказать при критическом состоянии помощь в требуемом объеме.

Фактически сегодня уже сформировалось три уровня работы ОАР (ОРИТ): 1) небольшие учреждения, 2) более крупные больницы, имеющие статус межрайонных, и 3) крупные городские, областные и федеральные медицинские организации. Различия между ними по содержанию, объему, материально-техническому обеспечению стало явным, и анестезиологи-реаниматологи в них **не могут работать на одинаковом уровне**. Выровнять все медицинские организации по возможностям оказания помощи в настоящее время нереально. Поэтому и надо где только можно громко говорить о том, что если анестезиологи-реаниматологи не умеют или не могут чего-то делать, то это **не их вина, а следствие изменений в системе здравоохранения**, перешедшей на трехуровневый принцип оказания помощи и **забывшей предусмотреть такую же градацию применительно к анестезиолого-реаниматологиче-**

ской помощи (по уровню подготовленности кадров, по объему помощи, технологиям, показаниям к перегоспитализации и средствам ее осуществления и пр.).

Выше уже было отмечено, что дифференциация работы отделений анестезиолого-реаниматологического профиля имеется не только между медицинскими организациями разного уровня, но и внутри них. Во многом это связано с развитием новых технологий, расширивших возможности: а) мониторинга состояния систем дыхания и кровообращения при потенциальной угрозе жизни, б) лечения пациентов в критическом состоянии. В результате появилась возможность сформировать группы больных, нуждающихся в разном объеме помощи со стороны анестезиолога-реаниматолога, с учетом различий в степени имеющихся у них расстройств (1 – интенсивное наблюдение с поддержкой одной системы, 2 – интенсивное наблюдение с поддержкой двух систем, 3 – наличие множественной органной дисфункции или угрозы ее развития). Это различие тоже подкрепляется разными требованиями к объему знаний, перечню умений, к штатам и к оснащению. Учет данного обстоятельства позволил бы дифференцированно подойти к штатной структуре отделений, решающих разные задачи, избежав перенасыщения ставками там, где в них нет необходимости, и сконцентрировав их в действительно интенсивно работающих подразделениях (или отдельных палатах). Кроме того, это дало бы возможность структурировать стандарты оснащения, привязав их к реальным потребностям отделений, и разработать выполнимые клинические рекомендации и стандарты для медицинских организаций разного уровня.

Дифференциация помощи на уровни также дала бы возможность определить четкие критерии для дальнейшей оптимизации системы оплаты медицинских услуг с учетом клинико-статистических групп, направляя средства прежде всего на нужды лечения пациентов в наиболее тяжелом состоянии. Может быть тогда и регионарным фондам обязательного медицинского страхования не пришлось бы изыскивать ресурсы для дополнительной оплаты учреждениям за пребывание в ОРИТ пациентов, причем без учета тяжести их состояния.

Новые технологии жизнеобеспечения, внедряемые в практику лечения больных в критическом состоянии (современные методы поддержания газообмена, кровообращения и системы выделения, ранней реабилитации и пр.), привели к пока еще нечеткой, но новой реальности – появлению категории лиц с длительным пребыванием в отделении интенсивной терапии (более 7 сут), у которых в определенном проценте случаев формируется так называемое **«хроническое критическое заболевание»**. Хроническое критическое заболевание (ХКС) – это не просто продолжение острого критического состояния. Это, скорее, сложный синдром, характеризующийся метаболическими,

нейроэндокринными, психоневрологическими и иммунологическими изменениями у пациентов, которые пережили первоначальное повреждение, но остаются зависимыми от интенсивной терапии в течение длительного периода, не умирая и не выздоравливая [9]. Наиболее характерной клинической особенностью его является длительная потребность в искусственном поддержании газообмена. Другие проявления включают выраженную слабость, связанную с самой болезнью, полиневропатией и миопатией, повышенную восприимчивость к инфекции. У таких больных может быть затяжной или постоянный бред, а также другие выраженные когнитивные нарушения [14]. Физические и психологические проявления заболевания могут иметь серьезные последствия, включая склонность к развитию посттравматического стрессового синдрома в частности и «PICS (синдрома после интенсивной терапии)» в целом.

Переход от острого к хроническому критическому состоянию происходит постепенно, между ними нет четкой границы. Эти пациенты – «крест» наших отделений. Они лежат долго, требуют много психических, физических, материальных затрат (по данным М. Desarmenien et al. от 2016 г. [8], на них расходуется 52% всех ресурсов отделения). Часто именно они – источник проблемных отношений с родственниками и, соответственно, жалоб и обращений в прокуратуру. Тяжесть состояния таких пациентов, как правило, трудно объективизировать с помощью традиционных шкал (SOFA, например). В связи с этим учреждение не может выставить счет на дополнительную оплату лечения. На них не может быть распространено понятие о «паллиативной помощи», поэтому и этот источник средств оказывается использовать невозможно.

Хотя в западных странах данной проблемой занимаются уже несколько десятилетий (если считать от появления первой публикации на эту тему К. Girard и Т. А. Raffin [9]), сведений о частоте ХКС не так много. Согласно данным J. M. Kahn et al. еще от 2005 г., общая распространенность его составляет 34,4 на 100 тыс. населения [12]. На первый взгляд, это немного, но для ОРИТ появление даже одного такого пациента сродни катастрофе – надолго «выключается» из оборота дорогостоящая койка интенсивной терапии, тратятся существенные ресурсы, которые не восполняются. Осознание обществом проблемы со временем все равно произойдет, но чтобы это произошло быстрее, нам уже сегодня надо поднимать эту проблему, предлагать варианты решения хотя бы финансовой составляющей. Представляется, что в рамках градации анестезиолого-реаниматологической помощи на уровни достигнуть позитивного результата было бы легче.

Остается только найти ответ на ключевой вопрос «кто и как может добиться внедрения в жизнь подобных предложений?» Я бы на него ответил так: если мы хотим получить результат быстро, то не следует уповать на извечное российское:

«Вот придет барин – барин нас рассудит,
Барин сам увидит, что плоха избушка,
И велит дать лесу», – думает старушка.
(Н. Некрасов. *Забятая деревня*, 1855)

Лучше вспомнить высказывание еще одного замечательного нашего соотечественника, Сергея Сергеевича Юдина:

«Проводить, утверждать высокие идеи в жизни – значит сталкиваться с косностью, инерцией и «обычаем». Часто гораздо легче убедить людей логикой в какой угодно истине и новой идее, чем добиться практического применения этой идеи. Вот одна из главных трудностей и препятствий к прогрес-

су. Люди слушают, понимают, соглашаются, но не следуют и упрямятся, держатся обычая, привычки. Утилитаризм и практицизм должны гармонически сочетаться с нравственной и теоретической основой всего прогрессивного и доверчиво, охотно и энергично перестраивать жизнь по-новому».

(С. С. Юдин, 1968 г. [5]).

Если все наше профессиональное сообщество проникнется идеей реформ и стратегия развития станет понятной всем, а мы все вместе на разных уровнях административной вертикали и в повседневной жизни будем призывать и добиваться ее реализации, то тогда и можно будет рассчитывать на движение вперед.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии у него конфликта интересов.

Conflict of Interests. The author state that he has no conflict of interests.

ЛИТЕРАТУРА

1. Полушин Ю. С. Проблемные вопросы анестезиолого-реаниматологической помощи // Вестник анестезиологии и реаниматологии. – Т. 16, № 1. – 2019. – С. 5-12.
2. Полушин Ю. С., Полушин А. Ю., Юкина Г. Ю. и др. Послеоперационная когнитивная дисфункция – что мы знаем и куда двигаться далее // Вестник анестезиологии и реаниматологии. – Т. 16, № 1. – 2019. – С. 19-28.
3. Приказ Министерства труда и социальной защиты населения № 554н от 27.08.18 г. «Об утверждении профессионального стандарта «Врач анестезиолог-реаниматолог». (<http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201809170020>).
4. Федоров С. П. Хирургия на распутьи // Новый хирургический актив. Екатеринбург, т. X, кн. 1, 1926. – С. 16-23.
5. Юдин С. С. Размышления хирурга. – М.: Медицина, 1968 г. – 366 с.
6. Angell M. Drug Companies & Doctors: A Story of Corruption // January 15, 2009. www.nybooks.com.
7. Avidan M. S., Evers A. S. The fallacy of persistent postoperative cognitive decline // Anesthesiology. – 2016. – Vol. 124, № 2. – P. 255-258.
8. Desarmenien M., Blanchard-Courtois A.-L., Ricou B. The chronic critical illness: a new disease in intensive care. Review article: Biomedical intelligence | Published 10 October 2016, doi:10.4414/smw.2016.14336. Cite this as: *Swiss Med Wkly.* – 2016. – 146:w14336. – P. 1-7.
9. Girard K., Raffin T. A. The chronically critically ill: to save or let die? // *Respir. Care.* – 1985. – № 30. – P. 339-347. PMID 10315661.
10. Horton R. Offline: What is medicine's 5 sigma? // www.thelancet.com. – Vol. 385. – April 11. – 2015. – P. 1380.
11. <http://www.wisdomcode.info/ru/quotes/authors/53372.html>.
12. Kahn J.M., Le T., Angus D. C. et al. The epidemiology of chronic critical illness in the United States // *Crit. Care Med.* – 2005. – Vol. 43, № 2. – P. 282-287. PMID 25377018.
13. Molino C.G., Leite-Santos N. C., Gabriel F. C. et al. Factors Associated With High-Quality Guidelines for the Pharmacologic Management of Chronic Diseases in Primary Care: A Systematic Review // *JAMA Intern Med.* Published online February 18, 2019. doi:10.1001/jamainternmed.2018.7529
14. Nelson J. E., Cox C. E., Hope A. A. et al. Chronic critical illness // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 2010. – 182 (4). – P. 446-454. PMID 20448093

REFERENCES

1. Polushin Yu.S. Topical issues of anesthesiology and intensive care. *Vestnik Anesteziologii I Reanimatologii*, vol. 16, no. 1, 2019, pp. 5-12. (In Russ.)
2. Polushin Yu.S., Polushin A.Yu., Yukina G.Yu. et al. Postoperative cognitive dysfunction - what we know and where we go. *Vestnik Anesteziologii I Reanimatologii*, vol. 16, no. 1, 2019, pp. 19-28. (In Russ.)
3. Edict no. 554n by the Ministry of Labor and Social Welfare as of 27.08.2018 On Approval of the Professional Standard of the Anesthesiologist and Emergency Physician. Available at: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201809170020> (In Russ.)
4. Fedorov S.P. *Khirurgiya na rasputi. Novy khirurgicheskij aktiv.* [Surgery at the parting of the ways. New surgical front line]. Ekaterinoslav, vol. X, Book 1, 1926, pp. 16-23.
5. Yudin S.S. *Razmyshleniya khirurga.* [Speculations of a surgeon]. Moscow, Meditsina Publ, 1968, 366 p.
6. Angell M. Drug Companies & Doctors: A Story of Corruption. *January 15, 2009.* www.nybooks.com.
7. Avidan M.S., Evers A.S. The fallacy of persistent postoperative cognitive decline. *Anesthesiology*, 2016, vol. 124, no. 2, pp. 255-258.
8. Desarmenien M., Blanchard-Courtois A.L., Ricou B. The chronic critical illness: a new disease in intensive care. Review article. *Biomedical intelligence.* Published 10 October 2016, doi:10.4414/smw.2016.14336. Cite this as: *Swiss Med Wkly*, 2016, 146:w14336, pp. 1-7.
9. Girard K., Raffin T.A. The chronically critically ill: to save or let die? *Respir. Care*, 1985, no. 30, pp. 339-347. PMID 10315661.
10. Horton R. Offline: What is medicine's 5 sigma? www.thelancet.com. vol. 385, April 11, 2015, pp. 1380.
11. <http://www.wisdomcode.info/ru/quotes/authors/53372.html>.
12. Kahn J.M., Le T., Angus D.C. et al. The epidemiology of chronic critical illness in the United States. *Crit. Care Med.*, 2005, no. 43(2), pp. 282-287. PMID 25377018.
13. Molino C.G., Leite-Santos N.C., Gabriel F.C. et al. Factors Associated With High-Quality Guidelines for the Pharmacologic Management of Chronic Diseases in Primary Care: A Systematic Review. *JAMA Intern Med.* Published online February 18, 2019. doi:10.1001/jamainternmed.2018.7529
14. Nelson J.E., Cox C.E., Hope A.A. et al. Chronic critical illness. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, 2010, no. 182 (4), pp. 446-454. PMID 20448093

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Полушин Юрий Сергеевич

*ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет
им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ,
академик РАН, доктор медицинских наук, профессор,
руководитель научно-клинического центра анестезиологии
и реаниматологии, заведующий кафедрой анестезиологии
и реаниматологии, проректор по научной работе.
197022, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, д. 6–8.
E-mail: polushin1@gmail.com*

FOR CORRESPONDENCE:

Yury S. Polushin

*Pavlov First Saint Petersburg State Medical University,
Academician of RAS, Doctor of Medical Sciences,
Professor, Head of Research Clinical Center
of Anesthesiology and Intensive Care,
Head of Anesthesiology
and Intensive Care Department,
Vice Rector for Research.
6-8, Lva Tolstogo St., St. Petersburg, 197022
E-mail: polushin1@gmail.com*