

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ И РЕАЛИИ РАБОТЫ В «ТРУДНЫХ» УСЛОВИЯХ

КОММЕНТАРИЙ К СТАТЬЯМ А. Н. КОЛЕСНИКОВА И ДР. «ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГО-РЕАНИМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ГРАЖДАНСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ В ВОЕННОМ КОНФЛИКТЕ (СООБЩЕНИЕ ПЕРВОЕ И ВТОРОЕ)»

Ю. С. Полушин

THEORETICAL UNDERSTANDING AND REALITY OF WORK UNDER «TOUGH» CONDITIONS

COMMENTS TO THE ARTICLE BY A. N. KOLESNIKOV ET AL. «SPECIFIC ANASTHESIOLOGICAL AND INTENSIVE CARE FOR CIVIL POPULATION IN MILITARY CONFLICTS (1ST AND 2ND REPORTS)»

Yu. S. Polushin

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова Минздрава РФ», г. Санкт-Петербург

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

Уважаемые коллеги!

Как и ожидалось, публикация двух статей А. Н. Колесникова и др. (в предыдущем [2] и в этом [3] номерах) привела к неоднозначной реакции, в том числе у членов редколлегии. С одной стороны, не мог не вызвать уважение сам факт самоотверженного выполнения коллегами своего врачебного долга в сложнейшей обстановке, в условиях, которые даже близко нельзя считать нормальными. При этом следует отметить и профессионализм, стремление найти оптимальное решение в ситуации, когда понимаешь, как бы можно было сделать, но не можешь, потому что число пострадавших (причём необычных пострадавших) существенно превышает возможности персонала по оказанию им помощи, да и средств просто не хватает. С другой стороны, конечно, нельзя было не обратить внимание на существенные отступления от принятых в современной анестезиологии и реаниматологии канонов. Один из прочитавших статью членов редколлегии в сердцах даже произнёс: «Там же нелепость за нелепостью!». И так действительно может показаться, если при оценке представленного материала не учитывать по крайней мере два обстоятельства.

Во-первых, в статье речь идёт об опыте работы в так называемых «трудных» условиях. До сих пор под ними подразумевали оказание помощи при землетрясениях, крупных техногенных катастрофах, в ходе локальной или крупномасштабной войны. Однако с организационных позиций то, о чём мы сейчас рассуждаем, – не крупномасштабная война, при которой ресурсов изна-

чально не может хватать на всех пострадавших, но это и не война локальная и не локальный вооруженный конфликт, когда государство имеет возможность сконцентрировать имеющиеся у него возможности на решении конкретной задачи, выделив необходимые силы и средства для усиления медицинской службы. Ясны отличия и от организации работы в дискретно возникающем очаге при, например, техногенной аварии или сильном землетрясении. То, о чём нам поведали авторы, нигде и никогда не описывалось, и речь в статье идёт о работе под обстрелами не военного госпиталя, а обычной больницы, которая вынужденно стала лечить раненных (в том числе детей!) современным огнестрельным оружием, хотя до этого оказывала типичную помощь обычному гражданскому населению. В военной медицине ранее таким учреждениям предписывали роль тыловых госпиталей, в которые могли поступать раненые на долечивание. Сейчас же эта больница в одночасье приобрела статус передового (в смысле приближенного к передовой) медицинского учреждения, к чему, естественно, её никто и никогда не готовил. Да и стала она не отдельным звеном в эшелонированной системе медицинского обеспечения, а просто учреждением, на которое вдруг пошёл поток как «первичных» (в том числе не получивших своевременной хирургической помощи в виде первичной обработки ран), так и так называемых «вторичных» (с первичной хирургической обработкой, но не всегда правильной) раненых. Не каждый может справиться с этим, но они справились. Путем проб и ошибок, но справились! Не испугались, не уехали, остались! И сейчас

с нами решили поделиться накопленным опытом и своими организационными наработками.

Конечно, можно сказать, что этот опыт нам не нужен, и такая ситуация у нас невозможна. Но ведь и они так же считали, и они не учли опыт, который был накоплен военными анестезиологами-реаниматологами в Афганистане, на Северном Кавказе и в других экстремальных ситуациях, который освещён в разных источниках [1, 4–6, 8–11 и др.]. А если бы они его знали, то может быть быстрее оптимизировали бы порядок, объём и содержание помощи раненым на этапе приёмного отделения; быстрее бы сформулировали для себя подходы к анестезии и интенсивной терапии при огнестрельных ранениях, в том числе при дефиците кислорода; быстрее бы очертили позитивную роль ранней регионарной блокады и анестезии при ранениях конечностей; быстрее бы поняли специфику минно-взрывных ранений и травм и т. д. Но я бы не стал корить авторов работы за это, так как им (так же, как и нам) в дурном сне не могло привидеться, что такие знания им понадобятся.

История военной медицины (достаточно посмотреть хотя бы фундаментальный многотомный труд «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне» или «Опыт медицинского обеспечения войск в Афганистане» [7]) уже давно доказала, что организация и подходы к оказанию медицинской помощи раненым имеют свою специфику. Она определяется не только особенностями самой огнестрельной раны, но и условиями оказания, возможностями материально-технического обеспечения, уровнем подготовки кадров. Главный тезис работы в «трудных» условиях – своевременно оказать помощь как можно большему числу пострадавших, даже в ущерб качеству. Это аксиома, не требующая доказательств, которая оправдывает максимальное упрощение анестезии, отказ от дорогостоящих препаратов, применение нетипичных методик, позволяющих анестезиологу в конкретных условиях чувствовать себя более или менее защищённым от осложнений. Однако и читателю надо понимать, что это действительно «ситуационно обусловленные», а не рекомендуемые к повседневному применению подходы.

Второе обстоятельство, которое необходимо учитывать при прочтении статьи, касается специфики некоторых организационных решений. Может показаться странным, что в построении системы оказания помощи раненым «внутри» учреждения авторы весьма существенную роль уделяют приёмному отделению, вплоть до выполнения там оперативных вмешательств и оснащения его сложной анестезиолого-реаниматологической аппаратурой. Дело, как мне известно, в том, что ещё до трагических событий, о которых идёт речь

в статье, в Клинической Рудничной больнице (г. Макеевка Донецкой области) было произведено реформирование приёмного отделения в современное отделение экстренной медицинской помощи, включая создание операционной («противошоковой»). Такой подход (он сегодня начал реализовываться и в некоторых медицинских организациях МЗ РФ, работающих в системе скорой медицинской помощи) предполагает не просто приём больных и пострадавших с заведением истории болезни, а сортировку их по тяжести состояния, выполнение диагностических исследований, в том числе с помощью высокотехнологичных методик (КТ, МРТ, УЗИ и пр.), оказание помощи в процессе обследования с учётом характера повреждений и степени нарушения витальных функций. Это позволяет повысить эффективность лечения тяжёлых категорий пациентов, более рационально использовать коечный фонд учреждения, в том числе оптимизировать работу отделения реанимации и интенсивной терапии, а также основного операционного блока.

В нашей стране немало скептиков, не считающих такие действия правильными. Однако опыт, которым делятся с нами коллеги из г. Макеевки, свидетельствует об обратном, а их предложение о формировании специальных разовых наборов для ускорения работы (прототип военных укладок) при одномоментном поступлении большого числа раненых заслуживает внимания. Впрочем, учреждения, в которые ежедневно машинами скорой помощи осуществляется доставка 100–150 пациентов и более, преимущества излагаемого подхода ощущают быстро.

Хотел бы обратить внимание ещё на одно обстоятельство. Авторы в первой своей статье, говоря о роли администрации, сослались на Н. И. Пирогова: «Не медицина, а администрация играет главную роль в деле помощи раненым и больным на театре войны» и отметили, что в экстраординарной ситуации ключевую роль при обеспечении взаимодействия бригад хирургов, нейрохирургов, травматологов брали на себя анестезиологи-реаниматологи, которые в том числе определяли очередность оперативных вмешательств и дополнительных исследований. Безусловно, это приятно читать, поскольку подчеркивает важность и значимость нашей специальности и свидетельствует о том, что анестезиолог-реаниматолог далеко не «синдромалист» (так иногда себя называют некоторые наши коллеги) и далеко не «телефонист» (так называют нас иногда хирурги, учитывая нашу тягу к вызову консультантов-специалистов и нежелание являться лечащими врачами). Хотя в подобных ситуациях обычно нет времени на проведение консилиумов, а хирурги, как правило, полностью загружены в операционных, на основании своего опыта работы в подобных условиях смею утверждать, что анестезиологу-ре-

аниматологу биться за лидерство и возглавлять действия бригады не обязательно. Один очень хороший военно-полевой хирург по этому поводу мне как-то сказал: «Эту работу должен выполнять врач, который в бригаде самый умный, и им может быть и анестезиолог, и хирург». И мне приятно, что в рассматриваемой ситуации самыми умными оказались анестезиологи-реаниматологи. Тем не менее в экстремальных условиях очень важно, чтобы рядом были и другие умные специалисты, доверяющие друг другу и понимающие друг друга с полуслова.

Таким образом, полагаю, что данные статьи очень хорошо вписались в рубрику «Обмен опытом», которая как раз и предполагает изложение конкретных практических сведений, которые могут приниматься, а могут и не приниматься чи-

тателями журнала в качестве руководства к действию.

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Полушин Юрий Сергеевич

*главный редактор журнала «Вестник анестезиологии и реаниматологии», член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, проректор по научной работе, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии, руководитель научно-клинического центра анестезиологии и реаниматологии, ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова Минздрава РФ»,
E-mail: polushin1@gmail.com*

Литература

1. Анестезиологическая и реаниматологическая помощь раненым на войне / под ред. Ю. С. Полушина. – СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2003. – 287 с.
2. Колесников А. Н., Дружинская Е. А., Бутко А. С. и др. Особенности оказания анестезиолого-реаниматологической помощи гражданскому населению в военном конфликте (сообщение первое) // Вестн. анестезиол. и реаниматол. – 2015. – № 5. – С. 36-41.
3. Колесников А. Н., Дружинская Е. А., Бутко А. С. и др. Особенности оказания анестезиолого-реаниматологической помощи гражданскому населению в военном конфликте (сообщение второе) // Вестн. анестезиол. и реаниматол. – 2015. – № 6. – С. 53-56.
4. Нечаев Э. А. (ред). Минно-взрывная травма. СПб., Медицина. – 1994. – 486 с.
5. Полушин Ю. С. Анестезия при хирургическом лечении травм и ранений // В кн.: Общая хирургия повреждений. Руководство для врачей. Ред. Г. Н. Цыбуляк. – СПб., 2005. – С. 185-214.
6. Полушин Ю. С. Особенности интенсивной терапии и анестезии у пострадавших с взрывными поражениями // В кн.: Взрывные поражения / под ред. Э. А. Нечаева. – СПб.: Фолиант, 2002. – С. 312-330.
7. Полушин Ю. С., Белов В. А., Пасько В. Г., Шестопапов А. Е. Анестезиологическая и реаниматологическая помощь раненым на этапах медицинской эвакуации // В кн.: Опыт медицинского обеспечения войск в Афганистане 1979-1989 гг. – Том II. Организация и объем хирургической помощи раненым. – М., 2002. – С. 292-357.
8. Полушин Ю. С., Богомолов Б. Н. Некоторые вопросы организации анестезиологической и реаниматологической помощи в экстремальных ситуациях // Анестезиол. и реаниматол. – 1999. – № 2. – С. 25-29.
9. Полушин Ю. С., Богомолов Б. Н., Пантелеев А. В. Реаниматологическая помощь при минно-взрывной травме // Анестезиол. и реаниматол. – 1998. – № 2. – С. 11-16.
10. Полушин Ю. С., Гаврилин О. В., Пашенко О. В. и др. Оказание анестезиологической и реаниматологической помощи группой медицинского усиления раненым в вооруженном конфликте // Воен.-мед. журнал. – 2001. – № 10. – С. 23-26.
11. Полушин Ю. С., Гаврилин С. В., Шестопапов А. Е. Анестезиологическая и реаниматологическая помощь // В кн.: Военно-полевая хирургия. Национальное руководство / под ред. Быкова И. Ю., Ефименко Н. А., Гумащенко Е. К. – ГЭОТАР – Медиа, 2009. – С. 171-193.

References

1. *Anesteziologicheskaya i reanimatologicheskaya pomoshch' ranennym na voyne*. [Anesthesiological and reanimatological care for the wounded during the war]. Edited by Yu.S. Polushin, St. Petersburg, ELBI-SPb Publ., 2003, 287 p.
2. Kolesnikov A.N., Druzhinskaya E.A., Butko A.S. et al. Specific anesthesiological and intensive care for civil population in military conflicts (1st report). *Vestnik Anesteziol. i Reanimatol.*, 2015, no. 5, pp. 36-41. (In Russ.)
3. Kolesnikov A.N., Druzhinskaya E.A., Butko A.S. et al. Specific anesthesiological and intensive care for civil population in military conflicts (2nd report) *Vestnik Anesteziol. i Reanimatol.*, 2015, no. 6, pp. 104.
4. Nechaev E.A. (Ed.) *Minno-vzryvnaya travma*. [Mine-explosive trauma]. St. Petersburg, Meditsina Publ., 1994, 486 p.
5. Polushin Yu.S. *Anesteziya pri khirurgicheskom lechenii travm i raneniy*. V kn.: *Obshchaya khirurgiya povrezhdeniy. Rukovodstvo dlya vrachey*. [Anesthesia in surgical treatment of traumas and injuries. In: General surgery of injuries. Doctors' guidelines]. Ed. by G.N. Tsybulyak, St. Petersburg, 2005, pp. 185-214.
6. Polushin Yu.S. *Osobennosti intensivnoy terapii i anesteziu u postradavshikh s vzryvnymi porazheniyami*. V kn.: *Vzryvnye porazheniya*. [Specific intensive care and anesthesia for those traumatized due to explosion. In: Explosion injury]. Ed. by E.A. Nechaev, St. Petersburg, Foliant Publ., 2002, pp. 312-330.
7. Polushin Yu.S., Belov V.A., Pasko V.G., Shestopalov A.E. *Anesteziologicheskaya i reanimatologicheskaya pomoshch' ranenym na etapakh meditsinskoj evakuatsii*. V kn.: *Opyt meditsinskogo obespecheniya voysk v Afganistane 1979-1989 gg. – Tom II. Organizatsiya i ob'em khirurgicheskoy pomoshchi ranenym*. [Anesthesiological and intensive care during medical evacuation of the wounded. In: Experience of medical provision for military forces in Afghanistan in 1979-1989. Volume II. Organisation and scope of surgical care for the wounded]. Moscow, 2002, pp. 292-357.
8. Polushin Yu.S., Boromolov B.N. Certain organizational aspects of anesthesiological and intensive care provision in emergency situation. *Anesteziol. i Reanimatol.*, 1999, no. 2, pp. 25-29. (In Russ.)
9. Polushin Yu.S., Boromolov B.N., Panteleev A.V. Intensive care in mine and explosion trauma. *Anesteziol. i Reanimatol.*, 1998, no. 2, pp. 11-16. (In Russ.)
10. Polushin Yu.S., Gavriliin O.V., Paschenko O.V. et al. Provision of anesthesiological and intensive care to the wounded provided by the medical care group in the armed conflict. *Voen. Med. Journal*, 2001, no. 10, pp. 23-26. (In Russ.)
11. Polushin Yu.S., Gavrilin S.V., Shestopalov A.E. *Anesteziologicheskaya i reanimatologicheskaya pomoshch'*. V kn.: *Voенно-полевая хирургия. Natsional'noe rukovodstvo*. [Anesthesiological and intensive care. In: Military field surgery. National guidelines]. Ed. by Bykov I. Yu., Efimenko N.A., Gumanenko E.K. GEOTAR-Media Publ., 2009, pp. 171-193.