

**СОСТОЯНИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАТОЛОГИИ И
ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ****Шарипов А.М., Сатвалдиева Э.А.**Национальный детский медицинский научный центр
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Анестезиолог-реаниматолог в отличие от врачей других специальностей исходит из приоритета защиты не здоровья, а жизни больного. И ОРИТ является «сердцем» любого ЛПУ, где проводится интенсивная терапия и «борьба» за жизнь пациента любого профиля.

За последние десятилетия отечественная служба анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии расширила возможности хирургии, значительно снизила послеоперационные осложнения и летальность. Сегодня в РУз активно функционируют специализированные межрегиональные центры кардиохирургии, неонатальной хирургии, уронефрологии с гемодиализом и трансплантацией и пр. Служба анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии способствовала снижению операционно-анестезиологического риска тяжелых оперативных вмешательств у пожилых пациентов и новорожденных, позволила повысить качество обследования и лечения тяжелого контингента больных.

Эти успехи объясняются, в первую очередь, организационным фактором. Согласно Постановлению Президента Республики Узбекистан: «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению РУз на 2017-2021 годы» от 12.08.2017, открываются специализированные отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, их материально-техническая база пополняется высокотехнологичным оборудованием, мониторингом и лабораторией. Организация и дальнейшее совершенствование специализированных медицинских центров, сосредоточение однородного контингента больных, внедрение патогенетических методов лечения – все это способствует повышению качества квалификации медперсонала и эффективности терапии.

В течение последних 30 лет главным документом, регламентирующим работу анестезиолого-реаниматологической службы, остается приказ министерства здравоохранения республики от 18 августа 1992 года №445 «Об анестезиолого-реанимационной помощи населению республики Узбекистан». Работа врача анестезиолога-реаниматолога непосредственно зависит от качества хирургической активности и медицинского оборудования, а также от квалификации специалистов. Поэтому замена оборудования на 50% (кроме, районных и городских медицинских объединений, детских городских клиник, клиник медицинских институтов и т.д), внедрение в клиническую практику новых технологий и патогенетически обоснованных методов интенсивной терапии способствовали дальнейшему совершенствованию отечественной службы анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.

Значительным шагом в модернизации службы стало издание приказа МЗ РУз от 02.10.2009 №293 «О мерах по совершенствованию организации анестезиологической и реаниматологической помощи населению Республики

Узбекистан», содержащий «положение об отделении (группе) анестезиологии и реанимации ЛПУ» и штатные нормативы соответствующего медицинского персонала [1]. Этот приказ распространяется на все ЛПУ и содержат целый ряд прогрессивных положений, включая также организацию детского отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии и др...Такой организационный подход будет обеспечивать соблюдение единых стандартов лечения, преемственность и взаимозаменяемость кадров и т.д.

Однако, этот приказ до сих пор не утвержден на законодательном уровне, что мешает дальнейшему развитию службы. Во многих ЛПУ, особенно в районных и городских медицинских учреждениях отсутствуют ставки анестезиологов-реаниматологов.

На ставках анестезиологов-реаниматологов работают врачи экстренной медицины. «Старые» кадры А-Р продолжают работать на ставках врача экстренной медицины, часто без оборудования, круглосуточного поста и пр. Нет необходимости в ПЗ делить медицину на экстренную и плановую, сельскому населению нужно на месте оказать своевременную и квалифицированную помощь, а не направлять в ЛПУ 3-4 уровня. Сельское население РУз составляет около 50%, детское население (от 0 до 18 лет) около 40%, они нуждаются в своевременной специализированной реанимационной помощи, максимальному приближению новых технологий к месту проживания больного.

Поэтому, во исполнение Указа Президента Республики Узбекистан ПФ-5590 от 07.12.2018 «О мерах по коренному реформированию системы здравоохранения Республики Узбекистан», а также в целях повышения качества, доступности своевременной медицинской помощи на реанимационном этапе лечения путем приближения и эффективного использования новых технологий в регионах, Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан считает необходимым перепрофилирование экстренных детских коек в структуре РМО/ГМО в детские реанимационные койки. И сегодня эта большая реорганизационная работа активно ведется МЗ РУз.

Согласно статистике, в настоящее время в Республике развернуто 2946 реанимационных коек, в основном они представлены взрослыми койками. В Республике функционирует 385 ОАРИТ, из них 100 (26%) взрослых ОАРИТ, 72 (18,7%) – это детские ОРИТ без анестезиологии и лишь 43 (11,1%) – детский ОАРИТ с анестезиологической службой. Как видно, всего лишь 29,8% составляют самостоятельные детские ОАРИТ (в областных и республиканских ЛПУ). Учитывая то, что

более $\frac{1}{3}$ (40%) населения Республики составляют дети от 0 до 18 лет, диспропорция очевидна. Даже в службе экстренной медицинской помощи (ЭМС) нет детских реанимационных отделений в филиалах больших густонаселенных областей: Кашкадарьинской, Сурхандарьинской, Ташкентской, Навоийской и РК. В большинстве филиалов ЭМС детские реанимационные койки в составе смешанных ОРИТ, и если они заняты взрослыми пациентами, детей не госпитализируют.

Растет дефицит врачей А-Р по РУз, продолжается большая «утечка» кадров в другие специальности, медицинские фирмы и зарубеж. Этому способствует сложность и ответственность специальности, отсутствие ставок и оборудования, расходного материала, низкая материальная мотивация труда. В РК, Ташкентской, Сырдарьинской, Сурхандарьинской, Хорезмской, Джизакской, Навоийской областях и в Ташкенте нет полной укомплектации штатов врачей детских А-Р более 40% и А-Р более 28%, в среднем. Так, дефицит взрослых А-Р составляет в Навоийской - 29%, в Сырдарьинской - 21,9%, в Бухарской - 22%, в Джизакской области - 24%, в Сурхандарьинской - 34%, в Ташкенте более 32%. Многие врачи работают в 2-х и более ЛПУ. В большинстве регионов анестезиологи работают на 1,5-2 ставки, а в Джизакской, Навоийской, Наманганской, Сурхандарьинской, Сырдарьинской и Ташкентской областях более, чем на 2 ставки.

Согласно статистике, в 2002 году в РУз работали 1200 детских А-Р, сегодня их осталось 460 (физических лиц). При анализе деятельности нашей службы на местах выясняется, что ставки детских специалистов (также и взрослых) были отданы экстренной службе. 81% от общего числа всех А-Р РУз составляют мужчины, женщин намного меньше - 19%, что значимо отличается от других врачебных специальностей и связано с напряженностью и высокой ответственностью работы врача анестезиолога-реаниматолога.

В кадровом вопросе врачей и среднего медперсонала есть нерешенная проблема, и определенная диспропорция, что требует внимания и активизацию мероприятий в плане подготовки и переподготовки врачебных кадров, особенно детских анестезиологов-реаниматологов и среднего медперсонала. Начиная с 2006 года, при выявленном дефиците и текучести кадров, в ТашИУВ подготовлено для практического здравоохранения 307 клинических ординаторов по специальности анестезиология и реаниматология и 201 детских А-Р. При оснащении отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии первоочередное внимание уделяется выбору наркозно-дыхательного оборудования и аппаратам ИВЛ, следящим мониторам. За прошлое столетие наркозно-дыхательное оборудование пришло в непригодность. И отечественная служба анестезиологии и реаниматологии очень нуждалась в замене ее на новое высокотехнологичное оборудование. В соответствии с Указом Президента Республики Узбекистан №2107 от 10.11.1998 года «О государственной программе реформы системы здравоохранения Республики Узбекистан» проведена большая работа по преобразованию системы оказания медицинской помощи, начата и продолжается работа по дооснащению ЛПУ РУз современным оборудованием, следящей аппаратурой.

Сегодня в системе ЭМП и акушерско-родильных комплексах страны используются новые технологии: наркозно-дыхательные машины (НДО), респираторы, кардиомониторы и пр. Однако, остается открытым вопрос – доукомплектации НДО испарителями для ингаляционных анестетиков – энфлюран, изофлюран, севофлюран. Отсутствие испарителей и ингаляционных анестетиков не позволяет использовать все возможности высокотехнологичного оборудования. Модернизация оборудования в РУз проведена на 50-60%. Обеспечение оборудованием еще не окончено, и многие клиники и больницы не имеют новых аппаратов. В первую очередь их ждут детские больницы, клиники медицинских институтов, областные, городские и инфекционные больницы, районные и городские медобъединения. Согласно современным требованиям, каждому больному, находящемуся в ОАРИТ или в операционной, необходим «мониторинг витальных функций». В этой же структуре на областном уровне, т.е. в системе ЭМП и родильных комплексах используются кардиомониторы, пульсоксиметры, дефибрилляторы.

Сегодня более 50% всех ОАРИТ в РУз не имеют централизованной подачи кислорода. В лучшем случае, имеются кислородные баллоны, да и то технический кислород в регионах. Данный вопрос стоит остро, так как, во-первых, по общепринятым стандартам проводить анестезию, реанимацию и, во многих случаях, интенсивную терапию без кислорода нельзя, во-вторых, при работе с новым высокотехнологичным наркозно-дыхательным оборудованием необходимо соблюдать соответствующие технические параметры, иначе дорогостоящая аппаратура может выйти из строя. Данный вопрос требует скорейшего решения в РК, Джизакской, Самаркандской, Кашкадарьинской, Сурхандарьинской, Бухарской, Хорезмской, Ташкентской областях.

Анестезиология и реаниматология – ответственная и «дорогая» специальность. Суть заключается в том, что для коррекции и поддержания жизни больного врач реаниматолог прибегает к интубации трахеи, переводу больного на аппаратную вентиляцию или для проведения интенсивной терапии устанавливает венозные доступы (катетеры, стилеты), зондирует желудок и т.д. Все это требует ежедневной смены расходного материала. Особо стоят больные на продленной вентиляции легких, которые нуждаются в ежедневной смене бактериальных фильтров на входе и выходе аппарата. Учитывая, что большинство ОАРИТ страны не имеет возможности проведения трехэтапной методики обеззараживания наркозно-дыхательного оборудования, именно с этих позиций выгодно обеспечение ОАРИТ бактериальными фильтрами. Кроме того, для проведения регионарных методов анестезии необходимо обеспечение ОАРИТ одноразовыми наборами для проводникового блока (в комплексе с нейростимуляторами), для спинально-эпидуральной анестезии. Для проведения ингаляционного наркоза необходимо обеспечение специальными испарителями для ингаляционных анестетиков, сорбентами. Вышеуказанное, не дает возможности широкого выбора вида анестезии и внедрения современных технологий в отечественную практику.

Бесперебойное обеспечение одноразовым расходным материалом (интубационными трубками, бактериальными фильтрами, венозными, спинальными,

эпидуральными катетерами, мочевыми катетерами и желудочными зондами всех возрастных групп) в значительной степени улучшит работу службы анестезиологии и реаниматологии. И это очень актуально в педиатрической анестезиологии и реаниматологии.

Обеспеченность средствами для наркоза сегодня остается неоднородной и однобокой. Нет возможности для широкого выбора тех или иных методов анестезии и интенсивной терапии. Круг выбора резко ограничен. При 100% обеспеченности наркотическими препаратами (промедол, морфин, омнопон) и кетамин, отмечается явная нехватка многих анестетиков, гипнотиков, барбитуратов, атарактиков, ингаляционных анестетиков и др.

Сегодняшнее направление анестезиологии должно основываться на принципах «сбалансированности», «мульти-modalности», патогенетической обоснованности анальгезии, хорошей управляемости и профилактическом подходе. Все эти принципы исключают применение высоких доз наркотических анальгетиков, кетамина, однобокого развития отечественной анестезиологии.

В последние годы отечественная анестезиология и реаниматология достигла видимых успехов. В 1999 году была организована в Республике Ассоциация А-Р РУз. В настоящее время в её состав входит 5 региональных филиалов – в городах Андижан, Фергана, Джизак, Самарканд, Ургенч, общее количество членов - 950. Ассоциация Узбекистана вступила в состав Европейской и Всемирной Ассоциации А-Р. Более 17 лет региональный центр Европейского Фонда непрерывного образования анестезиологов-реаниматологов (СЕЕА) проводит школы-тренинги, лекции с участием отечественных и международных специалистов в Узбекистане. Ассоциация организовала и провела 5 съездов анестезиологов – реаниматологов Узбекистана с участием известных зарубежных ученых (1999 Ташкент, 2003 Бухара, 2009, 2013, 2017 Ташкент), 4 научно-практические конференции с международным участием (Самарканд, 2006, Бухара, 2016, Ташкент 2018, 2019).

Ассоциация анестезиологов Узбекистана тесно сотрудничает с научными центрами, академиями последипломного образования Германии, США, Италии, Франции, России, Украины, Казахстана, Белоруссии, Азербайджана. В настоящее время в отечественной анестезиологии наблюдаются значительные позитивные изменения – в большом масштабе продолжается приобретение современного высокотехнологичного наркозно-дыхательного оборудования, аппаратов для мониторинга за витальными функциями больного. В крупных медицинских центрах стали применяться ларингеальные маски, бактериальные фильтры, неинвазивная вентиляция, низкочастотная и малочастотная анестезия и др. Определенные перемены произошли во внедрениях новых технологий и методов современной анестезиологии-реаниматологии в практическое здравоохранение. На базах Центров ЭМП, Специализированных Центров и клиниках ВУЗов при участии научных кадров и кафедр были внедрены методики регионарного обезбоживания. В анестезиологию, в том числе и педиатрическую, было продолжено внедрение центральных регионарных блокад: эпидуральных, каудальных, спинальных, как в чистом виде, так и сбалансированных. Разработаны методики

низкочастотной ингаляционной анестезии при операциях у детей. Внедрены в практическое здравоохранение современные принципы анестезиологии: мульти-modalность, сбалансированность и превентивность, что значительно снизило анестезиологические осложнения и летальность, повысило безопасность пациента на операционном столе. В интенсивную терапию больных, находящихся в критических состояниях, были внедрены новые критерии диагностики, оценочные шкалы, новые методы лечения. Внедрены в практическое здравоохранение стандарты в интенсивной терапии и анестезиологии.

Перед службой отечественной анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии стоит решение следующего ряда проблем:

1. Пересмотр нормативно-правовой базы, ее утверждение. Восстановление рабочих мест. Реорганизация детских ОАРИТ в первичном звене здравоохранения.
2. Равномерное оснащение и дооснащение ОРИТ (детских ОРИТ) оборудованием и системой мониторинга. Оснащение машин СП портативными аппаратами ИВЛ, препаратами и расходным материалом.
3. Расширение рынка современных ингаляционных анестетиков (ИА). Обеспечение испарителями для ингаляционных анестетиков. 100% обеспечение ОРИТ, ОА блоков централизованной подачи O_2
4. Расширение спектра современных средств для анестезии и наркоза: анестетиков, гипнотиков, релаксантов, анальгетиков, ингаляционных анестетиков и др.
5. Обеспечение ОРИТ и ОАБ достаточным одноразовым расходным материалом: бактериальными фильтрами, ларингеальными масками, дыхательными контурами, катетерами, зондами и др.
6. Обеспечение необходимой современной технологией и инструментарием для широкого внедрения регионарных методов обезбоживания, их сочетаний с общей анестезией при обширных и травматичных операциях.
7. Обеспечение лабораторий (экспресс-лабораторий) реактивами для контроля электролитов крови, КОС и газов крови в целях адекватного мониторинга гомеостаза критического больного.
8. Обеспечение ОАРИТ достаточным выбором средств для инфузионно-трансфузионной терапии, а также препаратами для парентерального и энтерального питания. Вопрос особо касается специализированных сбалансированных препаратов для детей.
9. Организация реанимационно-консультативного центра (по online) при НДМЦ.
10. Дальнейшая подготовка и переподготовка специалистов (в программах специализированных циклов, клинической ординатуры, магистратуры).
11. Подготовка научных кадров для страны.

Заключение: Качество работы ОРИТ на современном этапе зависит не только от уровня развития медицинских технологий, но и от человеческого фактора. Поэтому первоочередными мероприятиями следует отметить необходимость реорганизации и полной укомплектации ОАРИТ врачебными кадрами и средним медперсоналом.

В современных условиях за развитие службы анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии ответственны все, начиная от руководителей ЛПУ до простых исполнителей. Хорошо поставленная

организационно-методическая работа на фоне доказательно обоснованными критериями успешного укомплектованности компетентными кадрами и решения обсуждаемых проблем. оснащенности службы новыми технологиями являются

Использованная литература:

1. Минздрав РУз. Приказ №293 от 02.10.2009. «О мерах по совершенствованию организации анестезиологической и реаниматологической помощи населению Республики Узбекистан, Ташкент, 47 стр.