

<http://doi.org/10.21292/2078-5658-2019-16-1-5-12>

# ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ АНЕСТЕЗИОЛОГО-РЕАНИМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Ю. С. ПОЛУШИН

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

Автор, не оспаривая достижений отечественной анестезиологии и реаниматологии, акцентирует внимание на некоторых проблемных вопросах, которые, с его точки зрения, свидетельствуют об отставании системы анестезиолого-реаниматологической помощи от реформирования здравоохранения. Проявляя тревогу в отношении складывающейся ситуации, особенно прогрессирующим разрывом между высокими требованиями к качеству работы анестезиолога-реаниматолога и сложностью его обеспечения в силу различных причин, предлагает добиваться градации анестезиолого-реаниматологической помощи на уровни, четкого определения требований к первичной (базовой) подготовке выпускников клинической ординатуры и высказывает также некоторые другие соображения. Учитывая своеобразие предложений, призывает к обсуждению их как на страницах журнала, так и в рамках 2-го Конгресса «Актуальные вопросы медицины критических состояний» (11–14 мая 2019 г.).

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

**Для цитирования:** Полушин Ю. С. Проблемные вопросы анестезиолого-реаниматологической помощи // Вестник анестезиологии и реаниматологии. – 2019. – Т. 16, № 1. – С. 5-12. DOI: 10.21292/2078-5658-2019-16-1-5-12

## TOPICAL ISSUES OF ANESTHESIOLOGY AND INTENSIVE CARE

YU. S. POLUSHIN

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

In no way questioning the achievements of the Russian anesthesiology and intensive care, the author pays special attention to certain topical issues. From his point of view, these issues point out at the fact that anesthesiology and intensive care system is falling behind healthcare reforming. The author expresses his concerns about the current situation, especially about the growing gap between high requirements to the quality of care provided by anesthesiologists and emergency physicians and constraints interfering with it due to various reasons. The author suggests striving for the division of anesthesiology and intensive care into the relevant levels, elaboration of clear requirements to primary (basic) training of graduates from medical residences and expresses some other opinions. Considering the novelty of his proposals, the author invites to discuss them in the publications of this journal and during the 2nd Congress on Topical Issues of Critical Care Medicine (May 11-14, 2019).

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

**For citations:** Polushin Yu.S. Topical issues of anesthesiology and intensive care. *Messenger of Anesthesiology and Resuscitation*, 2019, Vol. 16, no. 1, P. 5-12. (In Russ.) DOI: 10.21292/2078-5658-2019-16-1-5-12

Отечественная анестезиология и реаниматология имеет немало достижений, которыми мы вправе гордиться. В стране существуют авторитетные педагогические Школы, выпускники которых активно реализуют себя не только в отечественных, но и в зарубежных клиниках. У нас есть прекрасно оснащенные центры и отделения, обеспечивающие оказание анестезиологической помощи и проведение интенсивной терапии на самом высоком уровне, что способствует реализации программ оказания высокотехнологичной помощи. Наконец, у нас немало прекрасных профессоров и ученых, по уровню своего интеллекта, кругозору и способностям не уступающих иностранным коллегам. Может быть поэтому мы обычно предпочитаем писать о позитивном опыте практической работы, достижениях в образовательной деятельности, кое-каких научных успехах. Даже в своей анестезиолого-реаниматологической среде мы редко говорим о накапливающихся проблемах и не ставим вопрос о необходимости выработки какой-либо осознанной стратегии развития специальности в современных условиях. Для меня лично крайним примером непонимания происходящего служит решение правления Федерации анестезиологов-реаниматологов (2017 г.) о ликвидации в ее

составе организационно-экономического комитета с формулировкой «в связи с его невостребованностью органами исполнительной власти» [8].

Проблем же из года в год становится все больше. Было бы неверно говорить о наличии сегодня «кризиса в анестезиологии-реаниматологии», но определенные кризисные проявления по отношению к анестезиолого-реаниматологическому направлению со стороны административных органов и смежных специалистов, в повсеместной реализации современных возможностей анестезиологии и реаниматологии, в научном сопровождении специальности проявляются отчетливо. Если фокусировать внимание не на крупных центрах, особенно федерального подчинения, а на тысячах медицинских организаций, составляющих основу системы медицинской помощи в стране, то придется констатировать застой в развитии отделений нашего профиля, примитивизацию содержания работы анестезиолога-реаниматолога, снижение престижа специальности и в целом – несоответствие системы анестезиологической и реаниматологической помощи, особенно оказываемой в экстренной форме, изменениям, происходящим в системе здравоохранения РФ.

В основе происходящего лежит совокупность факторов, в том числе системного (не зависящего от нас) характера. Безусловно, большое влияние оказывает сам вектор развития отечественного здравоохранения, в частности его экономическая составляющая, в финансовом отношении не повышающая заинтересованность учреждений в лечении весьма затратных пациентов в критическом состоянии. Но это не значит, что мы не можем оценивать состояние дел и искать варианты адаптации к складывающимся условиям.

Ключевым внешним проявлением неблагополучия стал **недостаток квалифицированных кадров**. На сегодня в медицинских организациях МЗ РФ имеется около 58 000 ставок врачей-анестезиологов-реаниматологов, из которых более 6 000 вакантны, почти 52 000 распределены между 31 000 физических лиц. За последние 10 лет численность физических лиц увеличилась всего чуть более чем на 7 500 человек (т. е. примерно по 750–800 человек ежегодно), в том числе за счет прибывавших в Россию специалистов из стран СНГ. Рост числа ставок врачей анестезиологов-реаниматологов в последние годы по сути прекратился, а показатель численности физических лиц, их занимающих в организациях МЗ РФ, практически стабилизировался.

Мы нередко сетуем на недостаток врачей и среднего медицинского персонала в наших отделениях из-за несовершенных штатов, однако, как оказывается, в стационарах страны в целом и так каждая третья ставка – анестезиолого-реаниматологическая, каждый четвертый работающий врач в стационаре – анестезиолог-реаниматолог. «Стоимость» ставки довольно велика, а прямые механизмы компенсации затрат на ее содержание отсутствуют. В современных условиях, по представлению большинства администраторов, мы не зарабатываем, а только помогаем зарабатывать медицинскому учреждению, обеспечивая работу профильных специалистов, и много тратим заработанных средств на дорогостоящие медикаментозные и немедикаментозные средства и оборудование. Это не вдохновляет руководителей учреждений к открытию дополнительных ставок и, наоборот, подталкивает к их сокращению, в том числе для того, чтобы не страдал фонд заработной платы. Поэтому надо осознать, что простое автоматическое увеличение штатных нормативов через издание соответствующих приказов (Порядков) всегда будет наткнуться на реалии экономической жизни конкретной медицинской организации и что подобного рода решения (чтобы они не были оторваны от реальной жизни) должны быть хорошо аргументированы и обоснованы.

При наличии обоюдного согласия администрации и врачей дефицит кадров компенсируется, а обеспечение приемлемого уровня зарплаты достигается путем совместительства и замещения вакантных должностей (коэффициент совместительства по стране 1,87; в ряде регионов он вообще превышает 2,0). Безусловно, это не способствует

качественному исполнению обязанностей и быстро ведет к «профессиональному выгоранию», особенно в учреждениях с огромным потоком пациентов.

Если кадровую проблему в конкретном учреждении можно решить подняв уровень оплаты труда, то для устранения дефицита кадров в стране такой способ не подходит – врачи не прилетят к нам с другой планеты. Чаще всего говорят о том, что необходимо просто увеличить госзаказ на подготовку анестезиологов-реаниматологов в клинической ординатуре. Собственно, мы сейчас это и видим – в последние годы на кафедрах вузов значительно активизирована целевая подготовка специалистов нашего профиля. Вместе с тем простые расчеты показывают, что исключительно таким путем ликвидировать дефицит полностью (более 6 000 должностей) и уйти от совместительства не получится. Для это необходимы годы, а их просто нет. Требуются иные меры, которые позволили бы, с одной стороны, уменьшить отток кадров, а с другой – рационализировать использование имеющихся кадровых ресурсов через приведение штатного расписания подразделений анестезиолого-реаниматологического профиля и оплаты труда в соответствие с характером и объемом выполняемой работы.

**Качество подготовки кадров.** Формы подготовки врачей анестезиологов-реаниматологов в стране давно не совершенствовались. Они, с одной стороны, отстали от западных стандартов, предусматривающих подготовку врача-анестезиолога в течение не менее трех лет (в ряде стран даже без касательства к интенсивной терапии), а с другой – не учитывают особенности и реалии системы оказания помощи населению Российской Федерации: а) сложившуюся дифференциацию задач и возможностей по оказанию анестезиолого-реаниматологической помощи в муниципальных, субъектовых и федеральных медицинских организациях; б) дифференциацию задач и возможностей по ее оказанию в самих учреждениях (работа в операционных, в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), в том числе специализированных, и в стационарном отделении скорой медицинской помощи). Все, кто имеет отношение к подготовке кадров нашего профиля, понимают, что за два года можно только научить более или менее безопасно и примитивно использовать некоторые технологии, применяемые при проведении анестезии и интенсивной терапии, но научить **квалифицированно работать и анестезиологом, и реаниматологом невозможно**.

Кафедры вузов, не имеющих своей клиники, далеко не всегда базируются в стационарах, которые по своему профилю, объему и качеству работы соответствуют потребностям подготовки кадров. В большинстве своем они глубоко не интегрированы в лечебный процесс и не несут ответственности за конечный результат работы учреждения, что порождает отрыв теории от практики. К обучению нередко привлекаются обычные практические анестезиологи-реаниматологи, не соответствующие

уровню квалифицированного педагога, а преподавателями становятся врачи, не имеющие большого клинического опыта. Подход к обучению «делай как я» часто не совпадает с реализацией ключевого принципа обучения «делай как надо».

Вносимые сегодня изменения (перевод на «целевое» укомплектование групп вместо свободного конкурса, обязательность подготовки на месте будущей работы, повышение стоимости обучения на контрактной основе и пр.) затруднили пополнение кафедр перспективной и заинтересованной в продолжении учебы на конкретной избранной кафедре молодежью непосредственно из студенческой среды. Увеличилась доля случайно попадающих в специальность лиц с низкой мотивацией к освоению всех ее нюансов. Снижение качества отбора кандидатов на обучение обуславливает ухудшение результатов самой подготовки. Существенное увеличение числа выделяемых в рамках клинической ординатуры мест без учета пропускной способности конкретных кафедр и при сохранении старых слабых мест (непродолжительность подготовки, в том числе на несоответствующих современному уровню помощи клинических базах, недостаток квалифицированных преподавателей, увеличивающийся поток бумаготворчества, отвлекающий от реальной работы) также не способствует повышению качества подготавливаемых специалистов.

С учетом этого вызвала удивление легкость, с которой представители целого ряда общественных профессиональных организаций поставили свою подпись под утвержденным недавно *профессиональным стандартом врача анестезиолога-реаниматолога*, определяющим конкретные навыки и умения, которыми он должен владеть и которые выходят за пределы рутинной практики даже крупных учреждений. Ряд ретивых главных врачей уже сегодня начали кампанию по приведению должностных обязанностей врачей в соответствие с его требованиями. Ответ на вопрос «как избежать негативных последствий появления такого "стандарта"?» приведен в предыдущем номере нашего журнала [12], но понятно, что сопротивление администрации на местах – основа конфликтов, да и не везде врачи готовы вступать в споры. Риск юридических последствий ускоренной реализации требований «профстандарта», не учитывающего объективно обусловленное различие уровней подготовленности специалистов, явно высок, и это вполне может негативно повлиять на привлекательность анестезиологии-реаниматологии при выборе врачами будущей профессии. Как ни крути, завышенные требования при низкой квалификации – основная причина негативных последствий, жалоб и судебных исков.

Вопрос не только о качестве, но и о полноценности подготовки сегодня должен стоять на повестке дня. Ведь выпускники кафедр и работающие врачи представляют не только себя, но и специальность, и окружающие именно по ним, а не по книжкам (их, кстати, про анестезиологов и нет, так же как нет и

нормальных статей и репортажей) составляют о ней впечатление!

Качество и полноценность подготовки – вещи взаимосвязанные, но все же разные. Целевая подготовка, которую приоритетно реализует МЗ РФ, предполагает готовность специалиста работать на конкретно выделенном ему месте. Одно дело, когда место выделяет районная больница, а другое – крупная городская. Кафедра должна полноценно подготовить выпускника к работе как в одной, так и в другой должности. Даже при качественной подготовке в первом случае полноценность может быть обеспечена, а во втором – нет, поскольку задачи этих организаций разные, так же как и характер работы и возможности. Но ведь диплом по специальности всем все равно выдается одинаковый, право на работу в любом месте всем будет также предоставлено одинаковое, федеральный образовательный стандарт (ФГОС) и профессиональный стандарт ко всем определяют одинаковые требования. С этих позиций дифференциация подготовки обучающихся по сути незаконна. Тогда чему и как должна учить кафедра: целенаправленно, одинаково или дифференцированно? За какую полноценность подготовки она должна нести ответственность – за обучение основам анестезиологии-реаниматологии или всему тому, что прописано в профстандарте?

Сегодня, когда идет, как всегда, скрытая от глаз общественности работа над новым вариантом ФГОСа по специальности, меня лично волнует, что будет в нем прописано и сколько потребуется времени для того, чтобы реализовать его требования.

У меня нет оптимизма в отношении ожидания увеличения продолжительности обучения и повсеместного повышения его качества, поэтому я сторонник того, чтобы очертить границы базового образования, которое можно и нужно обеспечить в отведенные короткие сроки. Выровнять все медицинские организации по возможностям оказания помощи в настоящее время нереально, рассчитывать на систему непрерывного медицинского образования для ликвидации огрехов первичного образования тоже не приходится. В предлагаемом виде она в лучшем случае позволяет поддержать (освежить) теоретические знания. Поэтому надо вслух сказать о том, что *если анестезиологи-реаниматологи не умеют или не могут чего-то делать, то это не их вина, а беда, связанная с системой. И что анестезиолого-реаниматологическая помощь во многих местах выглядит примитивной не только потому, что нет нужного оборудования (вспомните накрытые простышкой аппараты искусственной вентиляции легких экспертного класса в некоторых районных больницах, например), и не потому, что врачи не успели научить им пользоваться, а потому, что в эти рамки ее загоняют объем и характер работы медицинской организации, не требующие глубоких знаний по анестезиологии-реаниматологии.*

**Организация работы.** Тот, кто имеет отношение к организации медицинской помощи, знает, что прои-

зошедшие в системе здравоохранения преобразования привели к перераспределению потоков пациентов между учреждениями со снижением нагрузки на районные больницы и повышением ее на межрайонном уровне и выше. Особенно это коснулось стационаров, задействованных в оказании скорой помощи в областях и крупных городах. Значительное снижение объема работы в районных больницах не могло не сказаться на уровне заработной платы. Наиболее квалифицированные и перспективные специалисты, прежде всего молодежь, стали уезжать из районов. Оставшиеся, в подавляющем большинстве лица старшей возрастной категории, решают текущие задачи, опираясь на накопленный опыт, и в большинстве своем не имеют серьезных стимулов для самосовершенствования, тем более что задачи отделений анестезиологии-реанимации (ОАР) резко сузились.

Интенсификация же работы больниц, получивших статус межрайонных, крупных областных и городских стационаров, особенно «тысячников», привела к увеличению нагрузки на ОАР и ОРИТ. В большинстве своем это не нашло отражения в изменении их организационно-штатной структуры и в увеличении коечного фонда. Нагрузка на персонал повысилась, обеспеченность лекарственными средствами и расходным имуществом не улучшилась, заработная плата существенно не возросла. Начал проявляться отчетливый диссонанс в положении анестезиологов-реаниматологов разных учреждений.

Как известно, система оплаты медицинских услуг с учетом клинико-статистических групп (КСГ), на которую к 2019 г. страна перешла окончательно и практически повсеместно, не предусматривает прямой компенсации всех расходов на дорогостоящие методы анестезии и интенсивной терапии. Наиболее болезненная ситуация из-за этого сложилась в учреждениях, финансируемых преимущественно в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС). Лечение пациентов в критическом состоянии с использованием дорогостоящих препаратов и технологий для них стало экономически невыгодным, что неизбежно сказалось на его качестве. Выполненное нами (ПСПбГМУ им. И. П. Павлова, Ассоциация анестезиологов-реаниматологов совместно с Санкт-Петербургским территориальным фондом ОМС) в свое время моделирование показало, что переход на систему оплаты в рамках КСГ сопровождается существенным недофинансированием стационаров, в которых велика доля пациентов, нуждающихся в интенсивной терапии [7]. При этом учреждения, ориентированные на легкие по тяжести состояния категории пациентов, наоборот, оказываются в лучшем положении. Чтобы подправить ситуацию, организационно-экономическим комитетом недавно созданной Ассоциации анестезиологов-реаниматологов (председатель И. В. Шлык) были разработаны предложения, отражавшие целесообразность выделения в рамках клинико-статистических групп «реанимационных» подгрупп

с учетом конкретных критериев тяжести состояния пациентов. Центром экспертизы и контроля качества медицинской помощи Минздрава России (ФГБУ «ЦЭКМП») они были признаны рациональными и были учтены, хотя и не полностью, в рекомендациях по оплате медицинских услуг еще в 2018 г. Сегодня, благодаря работе этого комитета, удастся пусть медленно, но все же и далее двигаться в нужном нам направлении. Однако жизнь показывает, что далеко не все специалисты, отвечающие за организацию анестезиолого-реаниматологической помощи на местах, вникают в экономические вопросы, адекватно отстаивают интересы службы перед департаментами (правительствами) здравоохранения и территориальными фондами ОМС, нацеливая их на реализацию заложенных в «Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет обязательного медицинского страхования» [4] возможностей.

Фактически сегодня 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, возможностям и качеству оказания помощи стало явным.

О возможности дифференциации анестезиолого-реаниматологической помощи на уровни с учетом условий известно давно. Например, такой подход реализовывался в ходе медицинского обеспечения действий ограниченного контингента советских войск в Афганистане, в ходе контртеррористических операций в республиках Чечня, Дагестан [5]. Применительно к системе гражданского здравоохранения он был разработан и применен в Свердловской области [1]. За пределами анестезиологии-реаниматологии его вообще нельзя считать оригинальным – он реализуется, например, при организации акушерско-гинекологической помощи. Более того, на сегодня даже оплата затрат медицинских организаций на оказание медицинской помощи производится с учетом их уровня [4].

Однако градация анестезиолого-реаниматологической помощи применительно к трехуровневой системе здравоохранения (по объему помощи, технологиям, показаниям к перегоспитализации и средствам ее осуществления и пр.) не предусмотрена. Не нашла она отражения и в Порядке оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Анестезиология и реаниматология» (2012 г. с добавлениями 2018 г.) [3], хотя могла бы стать поводом для устранения завышенных требований к штатам, оснащению, к качеству работы анестезиологов-реаниматологов и привести к снижению числа претензий к ним со стороны пациентов и их родственников и неудовлетворенности самих врачей своим положением, а также более вдумчиво подойти к формированию ФГОС и профстандарта.

Дифференциация работы отделений анестезиолого-реаниматологического профиля имеет место

не только между медицинскими организациями разного уровня, но и внутри них. Об этом мы говорим и пишем уже давно [6, 10]. Радует, что наконец-то об этом стали говорить и другие [9]. Суть ее в том, что в зависимости от выраженности органной дисфункции пациенты нуждаются в разном объеме помощи. Например, интенсивное наблюдение, воспринимаемое когда-то лишь как неотъемлемый элемент интенсивной терапии [11], сегодня применяется самостоятельно и реализуется как в ОРИТ, так и в палатах пробуждения. Особенно оно востребовано у лиц кардиологического, неврологического профиля, у пациентов после обширных операций, а также у больных, поступающих в больницы скорой помощи при угрозе развития у них критического состояния. На другом полюсе стоит «чисто реанимационная» помощь при уже развившемся критическом состоянии, предусматривающая использование сложных технологий поддержания функции систем жизнеобеспечения. Естественно, есть и промежуточный вариант. Это различие подкрепляется разными требованиями к объему знаний, перечню умений, к штатам и к оснащению. Для обеспечения интенсивного наблюдения, например, требуется иное соотношение врач/сестра/койка, чем при обеспечении помощи «реанимационной». Качественные и количественные характеристики оборудования при этом также различны. Однако врач, обеспечивающий интенсивное наблюдение, должен быть так же хорошо подготовлен к urgentному устранению жизнеугрожающих расстройств, как и любой другой сотрудник ОРИТ, и обязан полноценно ориентироваться в сути патологии и ее критических проявлениях. Отсюда врача анестезиолога-реаниматолога при обеспечении этого элемента реаниматологической помощи не может заменить обычный врач любого другого профиля.

Однако на сегодня не оставлены попытки ввести новые специальности, в частности врача-кардиореаниматолога. В основе такого стремления – неудовлетворенность познаниями анестезиологов-реаниматологов в смежных областях. Такой путь ведет к растаскиванию анестезиологии-реаниматологии по сусекам и лишает ее целостности. Странно, но даже некоторые наши известные анестезиологи-реаниматологи вместо того, чтобы ратовать за повышение качества подготовки специалиста и клинического статуса специальности, сводят ее к умению лечить синдромы и сами призывают отказаться от «интенсивной терапии». Ссылаясь на большую загруженность ОРИТ, они готовы «отдать» ее коллегам из других направлений, оставив за собой только «реанимацию».

Тенденция развития этого направления в мире – не отказ, а дифференциация интенсивной терапии на уровни, отличающиеся объемом необходимой пациенту помощи (1 – интенсивное наблюдение с поддержкой одной системы, 2 – интенсивное наблюдение с поддержкой двух систем, 3 – наличие

множественной органной дисфункции или угрозы ее развития). Опыт моей работы в системе скорой помощи показывает, что среди всех поступающих в ОАР интенсивная терапия первого и второго уровня может потребоваться примерно 70% пациентам, а третьего – всего 30%. Обеспечение неодинакового по объему лечения требует разных усилий, сил, средств и технологий. Существующая на сегодня унификация не учитывает этого, не позволяя правильно и экономно расходовать имеющиеся ограниченные ресурсы. Расчленение реаниматологической помощи на отдельные блоки (интенсивное наблюдение, интенсивная терапия, реанимация) с избирательной передачей их в руки наиболее активно действующих специалистов (кардиологов, например) – это абсолютно вредное и несистемное решение проблемы. Реаниматологов просто надо лучше учить разбираться в больных и в их болезнях, а смежных специалистов (всех, а не избирательно) – не бояться тяжелобольных пациентов и уметь оказывать неотложную помощь. Это будет лучше, чем плодить не вполне состоявшихся «реаниматологов», хорошо читающих электрокардиограмму, но плохо ориентирующихся во всех возможностях интенсивной терапии.

Деление интенсивной терапии на уровни позволило бы также дифференцированно подойти к штатной структуре отделений, избежав перенасыщения ставками там, где в них нет необходимости, и сконцентрировав их в действительно интенсивно работающих отделениях (или отдельных палатах). Кроме того, это дало бы возможность структурировать стандарты оснащения, привязав их к реальным потребностям отделений. Тем самым не только была бы обеспечена экономия бюджетных средств, но и ликвидирован повод для насмешек и обвинений в несерьезности наших претензий и витании в облаках. Например, только на покупке кроватей для ОРИТ избыточные траты по стране могут превысить 1 трлн руб. (исходя из требования иметь 7 кроватей на каждые 6 мест). Всем понятно, что прописанные в **Приказе МЗ РФ № 919н** стандарты [3] – чрезмерные, необоснованные и нереализуемые!

Крупные многопрофильные организации сегодня вынуждены идти по экстенсивному пути развития ОРИТ (увеличение коечной емкости и числа отделений). При отсутствии критериев дифференцированного подхода к интенсивной терапии, включая стандарты оснащения, это ложится тяжелым бременем на бюджет учреждения. Поэтому главные врачи обычно с трудом принимают такие решения, понимая все сложности с обеспечением их полноценного функционирования.

Занимаясь много лет вопросами организации анестезиолого-реаниматологической помощи в различных условиях (повседневная практика, скорая помощь, локальные конфликты), с досадой наблюдаю отсутствие серьезных подвижек в реализации идеи центров анестезиологии-реанимации с дифференциацией задач, которые ставятся перед входящими

в его состав отделениями. Многолетний опыт функционирования таких центров в учреждениях Министерства обороны, а также в некоторых медицинских организациях гражданского здравоохранения давно доказал их целесообразность. Централизация сил и средств, структурирование интенсивной терапии на уровне – путь к рациональному использованию ресурсов, повышению значимости службы и, соответственно, ее авторитета. Формирование такого Центра в нашем университете, например, только за счет организационных решений при сохранении той же численности персонала позволило за последние три года увеличить пропускную способность операционных на 34%, а ОРИТ – на 40%. Это дало возможность клинике университета претендовать на большие объемы государственного задания, а Центру, соответственно, на большие премиальные выплаты персоналу.

Заглядывая в будущее, можно прогнозировать, что по мере создания в больницах скорой помощи стационарных отделений скорой медицинской помощи (Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», в редакции от 31.03.2017 г.) нагрузка на ОРИТ будет возрастать. Дело в том, что при использовании новых принципов работы приемных отделений (сортировка по тяжести состояния, а не по нозологии; максимально быстрое полное обследование с постановкой диагноза и пр.) значительной части доставляемых в стационар (до 25%) будет отказано в госпитализации. В связи с этим при сохранении общего числа госпитализируемых доля пациентов, нуждающихся в пребывании в ОРИТ (ОАР), увеличится, причем во многом из-за необходимости проведения интенсивной терапии первого уровня. Если подходы к организации работы ОАР (ОРИТ) останутся прежними, оснований для неудовлетворенности своей профессиональной судьбой у нас станет еще больше.

У нас на сегодня крайне несовершенная нормативная база, требующая доработки. Она не способствует повышению авторитета службы и юридической защищенности врача анестезиолога-реаниматолога. Например, уже упоминавшийся «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «анестезиология и реаниматология» [3] всегда признавался специалистами неудачным, не раскрывающим, какой должна быть целостная система оказания в стране анестезиолого-реаниматологической помощи. Его требования нереальны по многим позициям, входят в противоречие с другими нормативными актами и элементарной логикой и ведут к неоправданным тратам государственных средств. Внесенные в него в 2018 г. правки оказались формальными, а добавление в целом полезного по своей идее дистанционного Консультативного центра анестезиологии и реаниматологии вызвало некоторое смятение из-за нечеткости правил организации его деятельности.

**Приказ МЗ РФ № 804** «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (2017) далеко не полностью отражает технологии, применяемые

анестезиологами-реаниматологами, а некоторые из них обозначает с помощью неприемлемой с современных позиций терминологии. Вместе с тем сегодня он используется в рекомендациях по оплате медицинских услуг, профессиональном стандарте, кроме того, их перечень может быть положен в основу новых нормативных актов, на него также должны ориентироваться все клинические рекомендации [2].

Особое опасение практиков вызывает **Приказ МЗ РФ № 203н** «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (2017), который также явно подготовлен без учета мнения анестезиологов-реаниматологов.

Совокупность факторов (снижение квалификации персонала, упрощение оказываемой помощи до синдромальной; «несметный» характер реанимационных коек, выведивший их из системы статистической оценки эффективности использования и пр.) в подавляющем большинстве учреждений практического звена постепенно перевели ОАР (ОРИТ) в категорию параклинических подразделений не только по статистическим отчетам, но и по факту отношения к ним. Сохранение децентрализации, разобщенности отделений и различий в идеологии их работы, недостаток в больницах лидеров, способных и желающих отстаивать интересы службы, – проявление слабости современной отечественной анестезиологии-реаниматологии. Убежденность смежных специалистов в возможности решать за нас вопросы анестезиолого-реаниматологического свойства (особенно это проявляется в Порядках оказания медицинской помощи по профилям заболеваний), необходимость постоянно оправдываться перед ними за летальные исходы – тоже проявление слабости позиций отечественной анестезиологии-реаниматологии. Выпуск Министерством здравоохранения различных приказов и документов, в странном виде трактующих интересы нашей специальности, полное отсутствие упоминаний об анестезиолого-реаниматологической помощи при обсуждении путей снижения смертности в стране – это уже следствие слабости отечественной анестезиологии-реаниматологии. А то что члены правления Федерации анестезиологов и реаниматологов и профильной комиссии МЗ РФ по анестезиологии-реаниматологии (одновременно являющиеся заведующими кафедр и главными специалистами крупных регионов!) отрезаются от насущных проблем, концентрируя внимание лишь на компиляции западных клинических рекомендаций, причем без детальной проработки критериев оценки качества, лишь подтверждает, что в нашей области не все в порядке.

Если мы хотим, чтобы наша специальность по всей стране, а не только в отдельных центрах воспринималась адекватно ее действительной роли в лечебно-диагностическом процессе, следует больше внимания уделять организационным вопросам, активно искать варианты адаптации к происходящим в стране и в системе здравоохранения переменам.

Я допускаю, что какие-то изложенные мною положения могут вызвать возражения. Учитывая, что данный номер «Вестника...» выходит накануне 2-го Конгресса «Актуальные вопросы медицины критических состояний» (11-14 мая 2019 г., <http://ccm-congress.ru>), в рамках которого планируется проведение заседания, посвященного организационным вопросам, буду рад, если они подтолкнут его участников к конструктивной дискуссии.

Страницы нашего журнала также открыты для обсуждения этой важнейшей для специальности проблемы.

**Ю. С. Полушин,**  
главный редактор,  
президент Ассоциации  
анестезиологов-реаниматологов,  
почетный президент Федерации  
анестезиологов и реаниматологов

**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. Левит А. Л. Организация работы реанимационно-анестезиологической службы крупного промышленного региона в современных условиях: Дисс. ... д-ра мед. наук. - М., 2004. - 262 с.
2. О внесении изменений в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций. Одобрено Советом Федерации 21 декабря 2018 г. - 15 с.
3. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Анестезиология и реаниматология» / Приказ МЗ РФ № 919н от 15 ноября 2012 г. (с изменениями на 14 сентября 2018 г.).
4. Письмо Министерства здравоохранения РФ и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 11-7/10/2-7543, ФФОМС № 14525/26-1/и от 21.11.2018 «О Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».
5. Полушин Ю. С. (ред.). Анестезиологическая и реаниматологическая помощь раненым на войне. - СПб.: Элби-СПб, 2003. - 287 с.
6. Полушин Ю. С. (ред.). Руководство по анестезиологии и реаниматологии. - СПб.: Элби-СПб, 2004. - С. 671-693.
7. Полушин Ю. С., Стажаров В. В., Шлык И. В. и др. Определение подходов к оплате медицинской помощи по профилю «Анестезиология и реаниматология» в условиях перехода на новую систему финансирования здравоохранения // Вестник анестезиологии и реаниматологии. - 2017. - Т. 14, № 4. - С. 6-11.
8. Решение Правления ООО «Федерация анестезиологов и реаниматологов» от 12 мая 2017 г. [http://www.far.org.ru/files/pravlenie\\_12052017.pdf](http://www.far.org.ru/files/pravlenie_12052017.pdf)
9. Система оказания реанимационной помощи станет трехступенчатой // Интервью главного внештатного анестезиолога-реаниматолога МЗ РФ проф. И. В. Молчанова [http://umedp.ru/news/sistema\\_okazaniya\\_reanimatsionnoy\\_pomoshchi\\_stanet\\_trekhstupenchatoy.html](http://umedp.ru/news/sistema_okazaniya_reanimatsionnoy_pomoshchi_stanet_trekhstupenchatoy.html)
10. Теплов В. М., Полушин Ю. С., Повзун А. С. и др. Стационарное отделение скорой медицинской помощи и его роль в оптимизации работы отделений реанимации многопрофильного стационара // Вестник анестезиологии и реаниматологии. - 2017. - Т. 14, № 3. - С. 5-8.
11. Шанин Ю. Н., Волков Ю. Н., Костюченко А. Л. и др. Послеоперационная интенсивная терапия. - Л.: Медицина, 1978. - 224 с.
12. Шаповалов К. Г. Профессиональный стандарт «врач анестезиолог-реаниматолог» - некоторые комментарии в связи с его внедрением в практику // Вестник анестезиологии и реаниматологии. - 2018. - Т. 15, № 6. - С. 6-9.

#### REFERENCES

1. Levit A.L. *Organizatsiya raboty reanimatsionno-anesteziologicheskoy sluzhby krupnogo promyshlennogo regiona v sovremennykh usloviyakh*. Diss. dokt. med. nauk. [Organization of the intensive care service in a large industrial area under current conditions. Doct. Diss.]. Moscow, 2004, 262 p.
2. On amending the provisions on clinical recommendations of Chapter 40 of Federal Law On Mandatory Medical Insurance in the Russian Federation and On Basics of Health Care for Citizens of the Russian Federation. Approved by the Federation Council on December 21, 2018, 15 p. (In Russ.)
3. On the Approval of Procedure for Medical Care Provision for Adult Population in the Field of Anesthesiology and Intensive Care. Edict no. 919n by the Russian Ministry of Health as of November 15, 2012 (including amendments as of September 14, 2018). (In Russ.)
4. Letter no. 11-7/10/2-7543 by the Russian Ministry of Health and Federal Fund of Mandatory Medical Insurance no. 14525/26-1/i as of 11/21/2018 On Guidelines on the Ways of Medical Care Reimbursement by Mandatory Medical Insurance Funds. (In Russ.)
5. Polushin Yu.S., ed. *Anesteziologicheskaya i reanimatologicheskaya pomoshch' ranennym na voyne*. [Anaesthesiologic and critical care for the wounded during the war]. St. Petersburg, ELBI-SPb Publ., 2003, 287 p.
6. Polushin Yu.S., ed. *Rukovodstvo po anesteziologii i reanimatologii*. [Guidelines on anesthesia and critical care]. St. Petersburg, ELBI-SPb Publ., 2004, pp. 671-693.
7. Polushin Yu.S., Stazharov V.V., Shlyk I.V. et al. Approaches to reimbursement for medical care within anesthesiology and critical care profile during transfer to a new system of health care funding. *Vestnik Anesteziologii I Reanimatologii*, 2017, vol. 14, no. 4, pp. 6-11. (In Russ.)
8. Resolution of the Board of the Russian Federation of Anesthesiologists and Reanimatologists as of May 12, 2017. (In Russ.) Available at: [http://www.far.org.ru/files/pravlenie\\_12052017.pdf](http://www.far.org.ru/files/pravlenie_12052017.pdf)
9. *Sistema okazaniya reanimatsionnoy pomoshchi stanet trekhstupenchatoy*. *Intervyu glavnogo vneshstatnogo anesteziologa-reanimatologa MZ RF prof. I. V. Molchanova*. [The provision of intensive care will include three stages. The interview Prof. I.V. Molchanov, Chief Expert Anesthesiologist and Reanimatologist of the Russian Ministry of Health]. Available at: [http://umedp.ru/news/sistema\\_okazaniya\\_reanimatsionnoy\\_pomoshchi\\_stanet\\_trekhstupenchatoy.html](http://umedp.ru/news/sistema_okazaniya_reanimatsionnoy_pomoshchi_stanet_trekhstupenchatoy.html)
10. Teplov V.M., Polushin Yu.S., Povzun A.S. et al. In-patient emergency department and its role in the optimization of operation in intensive care departments of a multi-specialty hospital. *Vestnik Anesteziologii I Reanimatologii*, 2017, vol. 14, no. 3, pp. 5-8. (In Russ.)
11. Shanin Yu.N., Volkov Yu.N., Kostyuchenko A.L. et al. *Posleoperatsionnaya intensivnaya terapiya*. [Post-operative intensive care]. Leningrad, Meditsina Publ., 1978, 224 p.
12. Shapovalov K.G. The Professional standard of the Anesthesiologist and Emergency Physician - certain comments about its introduction to practice. *Vestnik Anesteziologii I Reanimatologii*, 2018, vol. 15, no. 6, pp. 6-9. (In Russ.)

**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  
Email: polushin1@gmail.com*