



Профессор А.В. БУТРОВ: «Вопросы обеспеченности анестезиологии современным оборудованием и препаратами в настоящее время находятся на контроле у руководителей Минздрава и Департамента здравоохранения г. Москвы. Сегодня главная проблема – это подготовка кадров и их социальная и правовая защита»

Анестезиология является одной из важнейших медицинских специальностей. От профессионализма анестезиолога во многом зависит исход хирургических вмешательств, а также безопасность пациента во время операции и в ближайший послеоперационный период. Об особенностях современной отечественной анестезиологии и реаниматологии, о новейших технологиях, внедряемых в клиническую практику, об обеспеченности кадрами и о системе их подготовки – в беседе с заведующим кафедрой анестезиологии и реаниматологии Российского университета дружбы народов, лауреатом Государственной премии СССР, председателем Ассоциации анестезиологов-реаниматологов Центрального федерального округа, д.м.н., профессором Андреем Валерьевичем БУТРОВЫМ.



– Вы почти полвека своей жизни посвятили отечественной анестезиологии и реаниматологии. Насколько далеко продвинулась наука в этой области за последние десятилетия?

– Во всем мире анестезиология и реаниматология считаются двумя самостоятельными специальностями, и лишь в нашей стране они объединены в одну специальность «Анестезиология и реаниматология». Анестезиология, бесспорно, одна из быстро развивающихся медицинских дисциплин, особенно в последние 10 лет. Это связано как с внедрением более эффективных и безопасных препаратов для анестезии, так и с появлением специальных многофункциональных аппаратов для искусственной вентиляции легких во время проведения анестезии, которыми на сегодняшний день оснащены многие российские клиники. Таким образом, отечественная анестезиология сегодня ос-

новывается на применении более эффективных и более безопасных препаратов и нового высокотехнологичного оборудования. Уже исключены из практики анестетики фторотан и эфир – их заменили менее токсичные и более эффективные средства для общей анестезии (севофлуран, ксенон). Вместо прокаина и лидокаина для местной анестезии применяются более совершенные средства – Маркаин, Наропин и др. Обеспеченность анестезиологического пособия удобными, точными, высокоинформативными мониторами позволяет осуществлять полноценный мониторинг жизненно важных функций пациентов во время операции и в послеоперационном периоде. Наличие современного анестезиологического оборудования и управляемых средств для анестезии позволило проводить хирургические вмешательства с минимальным риском послеоперационных осложнений.

– Масочная анестезия тоже уходит в прошлое?

– Масочная анестезия применяется и сегодня, но по другой методике. Как правило, она проводится с использованием кислорода для поддержания эффективной оксигенации крови при медикаментозной депрессии дыхания при кратковременных или малоинвазивных операциях. Скорее можно говорить об уходе в прошлое инфильтрационной анестезии. В целом же местная анестезия, в частности регионарная (спинальная, эпидуральная), применяется более широко. Она наиболее востребована при небольших по объему операциях, длительность которых в среднем составляет порядка двух часов, то есть в гинекологии, урологии, травматологии, при операциях на нижнем этаже брюшной полости. При длительных, больших по объему, тяжелых операциях (например, на верхнем этаже брюшной полости,



Актуальное интервью

а также в кардиохирургии, онкологии), как правило, используется общая или сочетанная анестезия.

– Какие новые технологии облегчения боли предлагаются оперированному пациенту?

– Раньше послеоперационная анальгезия предусматривала применение только наркотических препаратов, таких как тримеперидин, морфин. Сейчас к больным после обширных операций для предотвращения развития острой боли применяется метод продленной эпидуральной анестезии. Одним из видов оптимизации послеоперационного обезбоживания является такой метод обезбоживания, когда пациент сам контролирует свое состояние и при появлении болевых симптомов самостоятельно регулирует дозу местного анестетика. К сожалению, этот метод пока не получил у нас широкого применения. В настоящее время после небольших по объему операций, сопровождающихся болевым синдромом умеренной и средней интенсивности, в качестве моноанальгезии назначаются современные нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), что способствует полному купированию боли. А при сильной и очень сильной боли такой же эффект достигается при использовании НПВП в сочетании с наркотическими анальгетиками, что позволяет снизить не только болевой синдром, но и дозы опиатов и длительность их применения.

– Разрабатываются ли методы профилактики развития болевого синдрома у оперированного больного?

– Сейчас обсуждается метод предупреждающей анальгезии, суть которого в том, чтобы вводить больному перед операцией препараты пролонгированного действия, способные эффективно купировать боль в послеоперационном периоде. Я к этому отношусь довольно скептически, ведь и без того пациентам перед операцией прово-

дится премедикация. Считаю полифармацию излишней.

– Вы участвовали в создании новых методов анестезии и интенсивной терапии при заболеваниях системы крови, разработали методику купирования опиоидного абстинентного синдрома, технологию применения миорелаксантов на основе мониторинга нейромышечной проводимости. Какие научные направления сегодня представляют для Вас интерес?

– В сферу моих научных интересов входят вопросы нутритивной поддержки больных, инфузионной терапии, но в наибольшей степени – вопросы, связанные с гипотермией. В XX веке возможность обеспечить защиту мозга в крайне тяжелых состояниях обусловила применение терапевтической гипотермии в реаниматологии, кардиохирургии и при черепно-мозговых травмах. Моя исследовательская деятельность в последнее время направлена на выявление основных эффектов краниocereбральной гипотермии у больных с острым ишемическим инсультом и на разработку алгоритмов предупреждения вторичного гипоксического повреждения мозга.

– Вы регулярно общаетесь с анестезиологами-реаниматологами из разных регионов России. Как Вы оцениваете их профессиональный уровень?

– В целом профессиональный уровень наших специалистов достаточно высок, так как в стране отсутствует правильно выстроенная система подготовки анестезиологов, принятая во всем цивилизованном мире. Так, в Латинской Америке подготовка врача-анестезиолога занимает 5 лет, а в Англии – 7 лет. Все это время стажер не только изучает основы специальности, но и имеет возможность получить практический опыт по всем разделам современной анестезиологии (кардиохирургия, травматология, урология, гинекология и др.) под руководством опытных врачей.

И, что очень важно, со второго года подготовки стажер за свою интенсивную практическую деятельность получает зарплату. Когда-то и у нас так было. Но на сегодняшний день в нашей стране не просто анестезиологов, а анестезиологов-реаниматологов готовят в течение всего одного года в интернатуре или одного-двух лет в ординатуре. Подготовить хорошего специалиста за столь короткий срок просто невозможно. В этой связи ежегодные съезды, организуемые Ассоциацией анестезиологов-реаниматологов ЦФО в первую очередь для региональных врачей, имеют не только научную, но и образовательно-просветительскую направленность. Хочу еще раз подчеркнуть, что внедрение в клинику практику новых технологий требует иных подходов к медицинскому образованию, поэтому назрела необходимость создания адекватной системы подготовки специалистов.

– Какие проблемы в этой области медицины, на Ваш взгляд, требуют решения в первую очередь?

– Главная проблема – поднять авторитет российского врача. Тогда удастся сохранить уже обученный опытный кадровый состав и обеспечить рабочие места квалифицированными врачами. Пока же в российских регионах дефицит анестезиологов-реаниматологов составляет более 45%. А ведь именно от анестезиолога во многом зависит успех хирургических операций, различных инвазивных процедур. Сложности с кадрами в анестезиологии и реаниматологии обусловлены эмоциональной составляющей их работы, высоким уровнем физических затрат, несопоставимых с размером финансовой компенсации. Анестезиологи вынуждены работать на 1,5–2 ставки, то есть на износ, что в конечном итоге сказывается на качестве их деятельности. Проблема с кадрами существует даже в экономически развитых странах, но нигде она не ощущается так остро, как в России, и ее необходимо решать как можно скорее. ☺

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ