

Ж.О. Ребенко

**СУЧАСНА РЕАНІМАТОЛОГІЯ: МОЖЛИВОСТІ  
УДОСКОНАЛЕННЯ**

м. Мінськ, Білорусь

*Обговорена необхідність удосконалення терапевтичних можливостей реанімаційної служби з огляду на потребу доповнення синдромної терапії кваліфікованим етіотропним лікуванням. Воно може базуватися тільки на освоєнні реаніматологами раціональної, клінічно адаптованої антибіотикотерапії; діагностиці й лікуванню сепсису, але не у вигляді надуманого запального синдрому, а як нозологічно самостійного інфекційного захворювання зі всіма особливостями його патогенезу, симптоматики, діагностики і терапії; використання інтерлейкіну-2 як засобу імунокоригувальної терапії.*

**Ключові слова:** реаніматологія, інфекційні хвороби, лікування.

Реаніматологія – самостійна служба інтенсивного лікування, яка організована на основі ретельно розроблених теорій, викладених у спеціальних монографіях [1, 2].

У монографіях представлені теоретичні основи реаніматології та детально описані усі тяжкі й критичні патологічні стани людського організму, а також їх лікування у відділеннях реанімації. На цій основі реаніматологія набула відокремленості, самостійності та своєрідності. Примітною особливістю служби реанімації є висока летальність хворих, які лікуються у відділеннях реанімації. Професійними ідеологами служби реанімації висока летальність у цих відділеннях представляється як цілком неминуча і теоретично обґрунтована [1-4]. Тому увага на летальності хворих, які лікуються у відділеннях реанімації, спеціально не фіксується, хоча із числа госпіталізованих у такі відділення у процесі лікування помирає майже кожен другий [5-10].

Зазначена летальність розглядається як природний прояв терапевтичних дій у відділеннях реанімації, хоча не слід забувати про те, що «період напіврозпаду медичних істин рідко перевищує 10 (десять) років» [11]. Оскільки з часу публікації основоположних монографій з реаніматології

минуло якраз 10 років, міркування щодо «десятирічного періоду напіврозпаду медичних істин» цілком можуть бути використані як підстава для підвищеної уваги до терапевтичних процесів у реанімаційній службі. Але, крім формальної підстави, є й безпосередня причина необхідності підвищеної уваги до лікувальних процесів реанімаційної служби, оскільки з'ясувалося, що летальність хворих, які лікуються у відділеннях реанімації, справді досить висока і складає біля 50 % [5-10, 12].

Високий рівень летальності у відділеннях реанімації може пояснюватися двояко:

- 1) тяжкістю стану хворих, які ушпиталені у відділення реанімації;
- 2) недостатньо ефективним лікуванням таких осіб.

Коли б не таке захворювання як сепсис, то перший варіант пояснення летальності у відділеннях реанімації, ймовірно, не викликав би сумнівів.

Але 1991 р. за власною ініціативою на спеціальній договірній (консенсусній) конференції в Чикаго анестезіологи/реаніматологи «приватизували» сепсис для того, аби відповідні хворі лікувалися обов'язково в реанімації. Сепсис є тяжким захворюванням, тому таких хворих, здавалося б, цілком доцільно ушпиталювати у відділення інтенсивної терапії/реанімації. Однак, оскільки сепсис теоретично був оголошений реаніматологами системно-запальним синдромом, то «приватизація» анестезіологами/реаніматологами цих пацієнтів була зумовлена не тільки міркуваннями інтенсивного лікування, але, мабуть, не меншою мірою популяризацією власної теорії системного синдромального запалення, під яку активно адаптувався сепсис як «системний запальний синдром». У теперішній час сепсис стійко асоційований зі службою реанімації.

Проте після того, як хворі на сепсис стали отримувати лікування у відділеннях реанімації, летальність серед них встановилася в межах вже

## ДИСКУСІЇ ТА РОЗДУМИ

згаданих 50 % [5, 7-10, 12, 13]. Оскільки сепсис є дуже тяжкою недугою, то могло б скластися враження, що 50 % летальність для таких пацієнтів цілком адекватна. Проте в Грузинській інфекційній лікарні вже в 70-ті роки ХХ століття, тобто ще до винаходу найсучасніших антибіотиків і імунореставраційних засобів, летальність хворих на сепсис складала в середньому 13 %, а в інфекційній лікарні м. Мінська летальність таких пацієнтів у 80-90-ті роки ХХ століття склала близько 1-2 % [13, 14]. Але у відділеннях реанімації хворі на сепсис продовжують помирати в межах тих же 50 % [5-8, 10, 12, 13, 15].

Отже, 50 % летальність хворих на сепсис у відділеннях реанімації пояснюється не лише надзвичайною тяжкістю їх стану, але ще й особливістю їх лікування.

Виявилось, що при належному професійному протисепсисному лікуванні хворі помирають не в межах 50 %, а близько 1-2 % [13, 14].

Але, якщо так склалася ситуація у відділеннях реанімації з лікуванням хворих на сепсис, то напрошується аналогія і з рештою пацієнтів відділень реанімації.

Відомо, що для організації і здійснення ефективного лікування необхідне:

1) конкретно знати клінічний контингент хворих, які госпіталізуються;

2) мати професійну обізнаність про лікування ушпиталюваних людей.

Хоча відомості з п.п. 1 і 2 абсолютно необхідні для здійснення ефективного лікування, реаніматологами ці відомості не можуть використовуватися повною мірою, тому що реаніматологи надійно знайомі не із захворюваннями, а зі синдромами.

Професійно реаніматологи є фахівцями синдромного профілю і при лікуванні вони використовують за прямим призначенням винятково синдромну тактику лікування у вигляді «нормалізації» рівня артеріального тиску, «вирівнювання» показників газового складу крові, протишокової терапії за наявності сепсисного або іншого виду шоку. У той же час лікування різних захворювань, що є у реанімаційних хворих, здійснюється реаніматологами як доповнення до синдромної терапії, тобто не за прямим призначенням. Тому терапія вказаних додаткових захворювань проводиться реаніматологами не настільки кваліфіковано, як синдромне лікування.

Так, оскільки в реанімаційних хворих завжди є захворювання запального характеру – бронхіт, пневмонія, пієлонефрит, менінгіт, енцефаліт та ін.,

то реаніматологи постійно застосовують антибіотики, проте використовують їх без належної компетентності, оскільки антибіотикотерапія безпосередньо не відповідає професійному профілю реаніматологів. Призначаються антибіотики широкого спектру дії без спеціального підбору, тобто у вигляді емпіричної антибіотикотерапії, хоча емпірична антибіотикотерапія недостатньо ефективна. Високо ефективною антибіотикотерапією стає лише при спеціальному лабораторному або клінічному терапевтичному підборі антибіотиків.

Отже, лікування у відділеннях реанімації не може бути високо ефективним, тому що:

1) процес лікування у відділеннях реанімації здійснюється переважно у вигляді синдромної терапевтичної корекції, що не має високо ефективною лікувальною дію;

2) неминучі супутні запальні захворювання у реанімаційних хворих залишаються без належної терапії, оскільки реаніматологи мають необхідну професійну підготовку з лікування синдромів, але не захворювань;

3) частота одужання хворих у відділеннях реанімації не може перевищувати 50 % ще й тому, що терапевтичні можливості відділень реанімації не виходять за межі 50 % одужань, незалежно від контингенту пацієнтів (на що вказує 50 %-на летальність хворих на сепсис у відділеннях реанімації, хоча при лікуванні поза реанімацією помирає близько 2 % таких осіб, тобто в 25 разів рідше).

Таким чином, у роботі відділень реанімації виявляється 50 %-на недостатність лікувальної ефективності. Підвищити частоту одужання хворих у відділеннях реанімації більш ніж на 50 % без спеціального втручання неможливо тому, що реаніматологи про контингент пацієнтів, які направляються в реанімацію, і про їх лікування обізнані не на високо професійному рівні.

Вказану терапевтичну недостатність у відділеннях реанімації можна:

1) ігнорувати;

2) спробувати виправити.

*Ігнорування недоліків лікування несумісне з розумінням медичного обов'язку.*

*Виправлення можливе шляхом професійного удосконалення лікувальної роботи у відділеннях реанімації. Для цього лікарями-реаніматологами мають бути освоєні:*

а) раціональна, клінічно адаптована антибіотикотерапія;

б) діагностика і лікування сепсису, але не у вигляді надуманого запального синдрому, а як

## ДИСКУСІЇ ТА РОЗДУМИ

нозологічно самостійне інфекційне захворювання зі всіма особливостями його патогенезу, симптоматики, діагностики і терапії;

в) використання інтерлейкіну-2 (ІЛ-2) у вигляді препарату ронколейкін як засобу імунотерапевтичної терапії.

Лікарі-реаніматологи в такий спосіб збагатили б свою професійну обізнаність, що дозволило б знизити реанімаційну летальність до 1-2 %, що досі було недосяжним. Лікарям-реаніматологам при цьому не потрібно було б суттєво перебудувати свою повсякденну роботу, тому що вказані удосконалення лікувальних процедур нескладні й необтяжливі.

Проте «все, що відбувається з нашої волі, спочатку відбувається в розумі».

Необхідність удосконалення терапевтичних можливостей реанімаційної служби повинна бути освоєна не тільки в медичній, але й у суспільній свідомості.

Поняття про те, що лікувальний процес у відділеннях реанімації здійснюється із серйозними недоліками, не може бути сприйняте безболісно передусім реаніматологами, які вважають, що висока летальність у відділеннях реанімації є характерною і закономірною своєрідністю реаніматологічної служби.

Склалися дуже стійкі стереотипи. Слово «реанімація» чи не священне.

«Реанімація» – дослівно «повернення до життя». Для усіх без винятку є природним, зрозумілим і логічним уявлення про те, що виживання ще донедавна вмираючої людини має завдячувати «поверненню до життя» у відділеннях «реанімації», тому що саме в «реанімації» здійснюється найактивніша, найдосконаліша і найефективніша терапія. Видається неприпустимим думати, що межа лікувальних можливостей служби реанімації, тобто межа «повернення до життя» у відділеннях реанімації у теперішній час складає біля 50 %. Однак це дійсний факт. Потрібний час на його усвідомлення і виправлення.

Виявлення недоліків, на які тривалий час не прийнято було звертати уваги, є одним з проявів прогресу. Удосконалення засобів лікування у відділеннях реанімації буде проявом прогресу в медицині невідкладних станів.

Людська свідомість консервативна. Потрібно чимало часу, можливо, значно більше «10-річного періоду напіврозпаду медичних істин», доки уявлення про те, що лікувальна робота в службі реанімації виявилась достатньо недосконалою,

стане надбанням психології самих реаніматологів. Тому процес удосконалення лікувальних процедур у відділеннях реанімації не можна пустити на самоплив. Якщо реаніматологи досі не тільки не усвідомили вад організації лікування у відділеннях реанімації, але й продовжують їх не помічати, то, залишений на самоплив, цей процес збережеться без змін (законсервується) на невизначений час. Серед реаніматологів поширений стійкий психологічний стереотип на недоторканість процесу лікування у відділеннях реанімації. Складається враження, що удосконалення лікування у відділеннях реанімації можливе тільки під зовнішнім впливом. Зазначеним зовнішнім стимулом могла б стати служба інфектології, оскільки хворі у відділеннях реанімації помирають майже винятково від інфекційних недуг чи інфекційних ускладнень (пневмонія, менінгіт, енцефаліт, сепсис і т. ін.). Саме в лікуванні інфекційних захворювань та інфекційних ускладнень найбільше виявилась терапевтична неспроможність у відділеннях реанімації. Впровадження основ інфектологічного лікування в терапевтичну практику реаніматологів дозволило б суттєво виправити труднощі, які склались у лікуванні реанімаційних хворих.

Для удосконалення реанімаційної терапії необхідне адміністративне втручання. Медична адміністрація зараз якраз і заклопотана саме удосконаленням лікування, але за західним зразком, тобто шляхом впровадження західних «Протоколів лікування», аби всі терапевтичні процеси здійснювалися винятково за західними стандартами, отже, за «Протоколами». Хоча загальновідомо, що хороший лікар лікує хворого, персонально вникаючи у всі особливості його хворого організму, а поганий лікар лікує не хворого, а хворобу за шаблоном і трафаретом, тобто за «Протоколом». Проте в сучасній ситуації «Протоколи лікування» стали об'єктивною реальністю, відступити від якої, на жаль, вже неможливо.

### Література

1. Интенсивная терапия. Реанимация. Первая помощь: Учебное пособие / Под ред. В.Д. Малышева. – М.: Медицина, 2000. – 464 с.
2. Кембелл Д., Спенс А.А. Анестезия, реанимация и интенсивная терапия. – М.: Медицина, 2000. – 264 с.
3. Анестезиология и реаниматология: Учебник для вузов / Под ред. Долининой О.А. – М.: Геотар-мед, 2002. – 552 с. (Серия «XXI век»).
4. Богуш Д.А., Каппо А. Японская техника реанимации в практике боевых искусств. – М., 2000. – 176 с.

## ДИСКУСІЇ ТА РОЗДУМИ

5. Бузурная Е.М., Мельникова Е.В. Прокальцитонин как маркер ранних септических осложнений у новорожденных, оперированных по поводу пороков внутриутробного развития // Вестн. интенсивной терапии. – 2003. – № 2. – С. 71-74.

6. Прокальцитонин: новый лабораторный диагностический маркер сепсиса и гнойно-септических осложнений в хирургии / Б.Р. Гельфанд и др. // Вестн. интенсивной терапии. – 2003. – № 1. – С. 12-16.

7. Исаков Ю.Ф., Белобородова Н.В. Сепсис у детей. – М.: Изд. Можеев, 2002. – 368 с.

8. Мальцева Л.А., Усенко Л.В., Мосинцев Н.Ф. Сепсис: этиология, эпидемиология, патогенез, диагностика, интенсивная терапия. – Днепропетровск: АРТ-ПРЕСС, 2004. – 158 с.

9. Руководство по инфекционным болезням / Под. ред. Ю.В. Лобзина. – СПб.: Фолиант, 2000. – 932 с.

10. Яковлева И.И. Экстракорпоральное очищение крови в патогенетической терапии сепсиса и септического шока: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2002. – 48 с.

11. Таточенко В.К., Фёдоров А.М. Острые пневмонии у детей: Метод. рекомендации. – М.: АО «Мед газета», 1995. – 187 с.

12. Bone R.C. ACCP/SCCM consensus conference. Definitions for sepsis and organ failure and guideli for innovative therapies in sepsis / R.C. Bone [et al.] // Chest. – 1992. – V. 101. – P. 1644-1655.

13. Бочоришвили В.Г., Бочоришвили Т.В. Патогенетические основы лечения молниеносного сепсиса // Патогенетические основы лечения острых инфекционных заболеваний: Сб. науч. тр. – М., 1999. – С. 116-119.

14. Ребенко Ж.А. Сепсис: современные проблемы. – Минск: Четыре четверти, 2007. – 280 с.

15. Bone R.C. ACCP/SCCM consensus conference. Definitions for sepsis and organ failure and guideli for innovative therapies in sepsis / R.C. Bone [et al.] // Crit. Care Med., 1992. – V. 20, N 6. – P. 864-874.

### MODERN RESUSCITATION: OPPORTUNITIES FOR IMPROVEMENT

Rebenok Zh.O.

*SUMMARY. The necessity of reanimation possibilities therapeutic improvement service is discussed, taking into account the necessity of addition of syndrome therapy skilled etiotropic treatment. It can be based only on mastering of reanimatologists rational, clinically adapted, antibiotic treatment; diagnostics and treatment of sepsis, but not as a far-fetched inflammatory syndrome, but as nosology independent infectious disease with all of features of its pathogenesis, symptomatics, diagnostics and therapy; use of interleukin-2 as mean of immunocorrection therapy.*

**Key words:** resuscitation, infectious diseases, treatment.

Отримано 17.03.2010 р.

© Бондаренко А.М., 2010  
УДК [616.9+616:576.8]:[616-07+616-08]

**А.М. Бондаренко**

## МОЖЛИВІСТЬ ФОРМУВАННЯ ЕНДЕМІЧНИХ ЗОН ТРОПІЧНИХ ХВОРОБ – РЕАЛЬНА ЗАГРОЗА ЕКОБІОБЕЗПЕЦІ УКРАЇНИ

Обласний комунальний заклад «Криворізька інфекційна лікарня № 1»

*Наведено дані й аналіз можливості формування в Україні ендемічних регіонів з окремих тропічних хвороб. Детально проаналізована ситуація відносно малярії і арбовірусної гарячки Західного Нілу (ГЗН). Показана реальна загроза реставрації в Україні триденної малярії (*P. vivax*) і можливість формування ендемічних регіонів з тропічної та чотириденної малярії.*

**Ключові слова:** тропічні хвороби, малярія, лейшманіоз, гарячка Західного Нілу, екобіобезпека.

Сьогодні у клінічній практиці все частіше почали з'являтися випадки інфекційних захворювань, паразитарних і глистяних інвазій, територіально не ендемічних для України і суміжних з нею регіонів. Це значною мірою обумовлено високим рівнем світової міграції населення, активним розвитком міжнародного туризму, а також ділового та військового співробітництва. Провідну роль у цій ситуації відіграє зниження ефективності проти-