

## КРИТИЧЕСКАЯ И РЕСПИРАТОРНАЯ МЕДИЦИНА НУЖДАЮТСЯ В ГУМАНИТАРНОЙ КУЛЬТУРЕ

А.П. Зильбер 

ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет», Петрозаводск, Россия

В статье обсуждается специфика гуманитарной культуры в критической медицине и ее разделах — интенсивной терапии, анестезиологии, реаниматологии, неотложной медицине и медицине катастроф. Подчеркивается роль гуманитарной культуры и юмора в предупреждении синдрома профессионального выгорания.

- **Ключевые слова:** интенсивная терапия, критическая медицина, гуманитарная культура

**Для цитирования:** Зильбер Анатолий Петрович — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой критической и респираторной медицины Медицинского института ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет», Петрозаводск, Россия; e-mail: anatoly.zilber@gmail.com

**Для корреспонденции:** Зильбер А.П. Критическая и респираторная медицина нуждаются в гуманитарной культуре. Вестник интенсивной терапии. 2017;2:8–11. DOI: 10.21320/1818-474X-2017-2-8-11

**Поступила:** 12.04.2017

## CRITICAL AND RESPIRATORY CARE MEDICINE ARE NEED IN HUMANITARIAN CULTURE

A.P. Zilber 

*Petrozavodsk State University, Petrozavodsk, Russia*

The Humanitarian culture specificity is discussed in critical care medicine as well as in the divisions of the critical care medicine: intensive care, anesthesiology, reanimatology, emergency and disaster medicine. The role of humanitarian culture and a humour are emphasized in burnout syndrome prevention.

- **Keywords:** intensive care, critical care medicine, humanitarian culture

**For correspondence:** Anatoly P. Zilber — M.D., Ph.D., Chief of Chair of Critical and Respiratory Care Medicine Petrozavodsk University Medical School, Petrozavodsk; e-mail: anatoly.zilber@gmail.com

**For citation:** Zilber AP. Critical and Respiratory Care Medicine Needs a Humanitarian Culture. Intensive Care Herald. 2017;2:8–11. DOI: 10.21320/1818-474X-2017-2-8-11

**Received:** 12.04.2017



### Терминологические проблемы

Анестезиология и реаниматология, включающие интенсивную терапию, пришли в Россию и другие государства бывшего СССР из США, где главным образовательным языком был английский. Поэтому и *анестезия* (обезболивание), и *реанимация* (оживление), и *интенсивная терапия*, и остальные термины, используемые сегодня во всем мире, имеют англоязычное происхождение, причем далеко не всегда правильно трактуются.

Так, *интенсивная терапия* происходит от греческих слов *ενταση/энтасе* — напряжение, усилие и *θεραπεία/терапея* — лечение.

Пожалуй, наиболее важным для понимания смысла англоязычного термина *интенсивная терапия* (Intensive Care) является емкое слово *care* [кеэр]: *забота, уход, тщательность, осторожность*.

*Интенсивный* — значит напряженный, усиленный; если добавить к нему декартовское *осмысленный*, т. е. пропущенный через *сознание, размышление, когницию*, то в сочетании с толкованием слова *уход* — это и будет *интенсивная терапия как основополагающий принцип современной критической медицины*. Именно так мы должны ее принимать сегодня. Александр Иосифович Салтанов, создавший этот журнал, такой смысл и вкладывал в его название.

*Интенсивная терапия* — это принцип критической медицины, обеспечивающий:

- своевременную клиничко-физиологическую оценку жизненных функций,
- их объективизацию в баллах и
- коррекцию их до уровня, безопасного для данного пациента.

Упомянутая в первом пункте **клиническая физиология** — не просто изучение физиологии в клинике: это трехэтапный немедленный анализ функций с обоснованием патогенеза и рекомендацией мер их функциональной коррекции.

## Критическая медицина и ее разделы

Природа руками Всевышнего разделила мир на галактики, созвездия, звезды с их планетарным окружением. Так образовался космос/*космос*, что на древнегреческом означает *порядок, упорядоченность, мироздание* и, кстати, *благопристойность*. Этому предшествовал хаос/*хаос* — беспорядочное, неоформленное пространство, которое необходимо было упорядочить. Так с помощью Всевышнего или сам по себе и возник порядок.

Этот упорядоченный мир был сразу разделен на две группы — *живую*, т. е. жизнь, способную самовоспроизводиться, и *неживую* (прочую, неспособную к самовоспроизводству часть природы).

В живой части природы надо сразу выделить три естественных состояния: *здоровье, болезнь и смерть*. Последняя была необходима природе, чтобы живые, способные воспроизводиться организмы постоянно совершенствовались, создавая новые существа для разных сфер (водная, воздушная, земная), разного климата и прочих условий.

**Здоровье** — основа для воспроизводства, когда все внутренние функции организма уравновешены с внешней средой.

**Болезнь** — свидетельство нарушенной ауторегуляции: если ауторегуляция сможет организм нормализовать, снова наступает здоровье.

Если механизмы ауторегуляции изношены возрастом либо нездоровым образом жизни или когда агрессивный фактор непреодолим, наступает предусмотренная природой **смерть**.

Мыслящие врачи (они были во всех эпохах, но их знания и технологии были ограничены уровнем развития цивилизации) обратили внимание, что человек и животные умирают не вдруг, а с проявлением разных системных недостаточностей — дыхательной, сердечной, почечной и пр. Они научились замещать ту часть жизненных функций, утрата которой приводит к *немедленной* смерти. Это было достигнуто удлинением периода **агонии**, что в переводе с греческого означает «последние проявления **борьбы** исчезающей (ранее безвозвратно) жизни».

Так возникло еще одно, не предусмотренное природой состояние — **критическое** (от др.-греч. κρίσις/*кризис*, что

означает *переломный момент, суд, состязание, спор*). Можно назвать этот период **«умный спор за жизнь пациента»**. Победа в таком споре зависит и от природы, тайны которой мы только начали познавать, и от нашего знания проблемы, а следовательно, и от образования.

Помимо знаний, для успешной борьбы, конечно, нужны и оснащенность, и предусмотрительность специалистов по критической медицине, как бы они ни назывались в штатном расписании лечебного учреждения.

Полагаю, что **современная критическая медицина** созрела для того, чтобы в ней выделили четыре раздела:

- 1) **анестезиология**, обеспечивающая жизнь пациентов в критическом состоянии, находящихся в операционной или любом другом лечебном и диагностическом отделении, когда **критическое состояние связано с лечебным или диагностическим вмешательством**;
- 2) **реаниматология**, обеспечивающая жизнь пациентов в критическом состоянии, связанном с утяжелением основной патологии или травмой: механической, термической, химической, радиационной и т. п.;
- 3) **неотложная медицина**, занимающаяся пациентами на догоспитальном и госпитальном этапах, чтобы предотвратить у них критическое состояние или вести пациентов, находящихся в критическом состоянии, при транспортировке;
- 4) **медицина катастроф** — неотложная медицина при массовом поступлении однотипных пациентов. Полагаю, что *массовым* следует считать поступление свыше 20 пациентов, одновременно требующих коррекции жизненно важных функций.

Интенсивная терапия составляет принципиальный комплекс действий, организующий основу всех упомянутых разделов критической медицины.

Уверен, что критическая медицина нуждается сегодня в профилизации соответственно уже выделенным разделам клинической медицины.

Оптимальным считаю наличие в многопрофильной больнице следующих подразделений (профилей) критической медицины, которые планируется открыть в Республиканской больнице Карелии (открыта пока лишь часть из них):

- кардиологическое, включая кардиоваскулярную хирургию;
- респираторная медицина, включая торакальную хирургию;
- общехирургическое;
- акушерско-гинекологическое;
- педиатрическое и неонатологическое;
- ортопедо-травматологическое + ожоговое;
- онко-гематологическое;
- неврологическое, включая нейрохиргию;
- гнойно-септическое;
- гепаторенальное (нефрология, урология, гепатология);
- токсикологическое + эфферентная медицина;
- амбулаторное + стоматология (ЛОП, офтальмология и др.);
- неотложная медицина с палатой и мобильной группой.

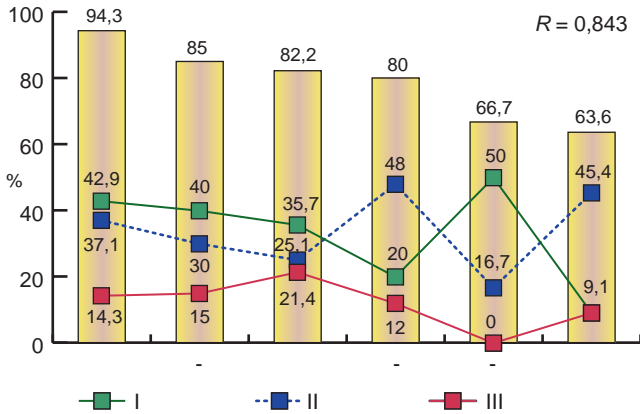


РИС. 1. Распределение СПВ среди врачей Петрозаводска: А-Р — анестезиологи-реаниматологи; А-Г — акушеры-гинекологи; П-А — патологоанатомы

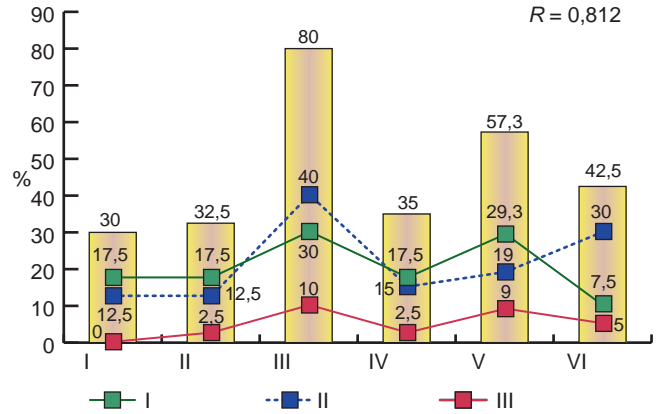


РИС. 2. Распределение СПВ среди студентов-медиков Петрозаводска



РИС. 3. Причины СПВ у студентов-медиков



РИС. 4. Причины СПВ у врачей

### Перспективы критической медицины

Интенсивная терапия как основа всех разделов критической медицины будет развиваться и дальше, несмотря на увеличение или снижение профилизации медицины. Ожидается это потому, что человек, присвоивший себе звание разумного, настолько успел потрудиться в безудержной погоне за знаниями, что равновесие в природе на планете Земля давно нарушено. И едва ли ближайшие десятилетия существенно уменьшат ярость природы. На суше, на море и в атмосфере медицину ждет предсказанный десять лет назад апокалипсис (по-гречески — *конец света*), связанный с антибиотиками, разные социальные, климатические, геомагнитные и прочие казусы природы. Критикологи (не дай нам бог получить такое название — пусть уж лучше анестезиолух и реаниматолух) все равно будут востребованы, даже если из стволовых клеток вырастут новые «родные» печень, миокард или целая конечность.

Поэтому надо, конечно, думать о будущем и критической медицины.

### Интенсивная терапия как основа критической медицины нуждается в гуманитарной культуре и юморе

Исследования, выполненные на нашей кафедре в последнее десятилетие, свидетельствуют о том, что после суточного дежурства интеллект и пациентов, и медицинского персонала объективно ухудшается [1, 2]. Специальные исследования, выполненные студентами нашей кафедры, показали, что синдром профессионального (или эмоционального) выгорания (СПВ, СЭВ) поражает не только врачей критической медицины, но начинается еще в студенческом возрасте.

Вот рисунки из работы студентки IV курса Анны Богачевой, выполненные в 2009 г. (рис. 1–4). Исследования показали, что специалисты по критической медицине страдают СПВ чаще других специалистов.

На рис. 1 и 2 зеленым цветом показана I стадия СПВ (самая легкая), синим — средняя, красным — тяжелая.

При III стадии врач становится опасным для пациента и должен быть отстранен от работы.

Но взгляните и на рис. 2, где показаны признаки СПВ у студентов-медиков.

Мы объясняем «свечку» СПВ на III курсе впервые отмеченными врачом-трузэнтотом В.В. Вересаевым *болезнями третьего курса*, когда начинается изучение клинических дисциплин.

Снижение СПВ у выпускников — явный признак равнодушия и обреченности.

Обобщенные в многочисленных отечественных и зарубежных работах, полученные по правилам доказательной медицины данные свидетельствуют о том, что и физическое состояние, и интеллект специалиста по критической медицине ухудшается, вплоть до опасного для привычной деятельности уровня [3].

Следовательно, контроль уровня СПВ, его своевременная профилактика и лечение должны стать нормой работы в критической медицине [4, 5].

Исследования многих специалистов, изучавших эту проблему и материалы нашей кафедры, свидетельствуют, что повышение уровня гуманитарной культуры с привлечением юмора как лечебного действия должно стать основой профилактики и лечения СПВ [4, 5].

Роль гуманитарной культуры в критической медицине пропагандируется врачами-трузэнтами, как это было показано в № 1 (1992) ВИТ. В том же году проблема обсуждалась и на 16-м Международном конгрессе в Хайфе [6].

## Заключение

«Вестник интенсивной терапии» был первым отечественным журналом, в котором началась пропаганда гуманитарной культуры в критической медицине: это была статья в № 1 «Вестника», посвященная светлой памяти Альберта Юльевича Аксельрода (1992).

Четвертьвековой юбилей этого журнала следует посвятить памяти его основоположника Александра Иосифовича Салтанова, тем более что гуманитарные проблемы обсуждались в «Вестнике интенсивной терапии» достаточно часто.

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

## ORCID автора

Зильбер А.П. — 0000-0003-4827-0643

## Литература/References

1. *Брагина В.И., Зильбер А.П.* Гуманитарная культура медицинского образования. Петрозаводск: Изд-во ПетрГУ, 2013. [*Bragina V.I., Zilber A.P.* Gumanitarnaya kul'tura meditsinskogo obrazovaniya. Petrozavodsk: Izd-vo PetrGU, 2013. (In Russ)]
2. *Зильбер А.П.* Креативность медицинского образования. Петрозаводск: Изд-во ПетрГУ, 2014. [*Zilber A.P.* Kreativnost' meditsinskogo obrazovaniya. Petrozavodsk: Izd-vo PetrGU, 2014. (In Russ)]
3. *Chuang Ch., Tseng P.C., Lin C.Y., Lin K.H., Chen Y.Y.* Burnout in the intensive care unit professionals: a systematic review. *Medicine*. 2016; 95(50): e5629.
4. *Зильбер А.П., Фулиди М.Г.* Юмористический характер иллюстративного оформления темы как средство улучшенного усвоения учебного материала. В сб.: Тезисы докладов V учеб.-методич. конф. «Развитие творческой активности студентов в процессе обучения». Петрозаводск, 1978. [*Zilber A.P., Fulidi M.G.* Yumoristicheskiy harakter illustrativnogo oformleniya temy kak sredstvo uluchshennogo usvoeniya materiala. In: Razvitie tvorcheskoi aktivnosti studentov v protsesse obucheniya. Petrozavodsk, 1978. (In Russ)]
5. *Лук А.Н.* Юмор, остроумие, творчество. М.: Искусство, 1977. [*Luk N.A.* Yumor, ostroumie, tvorchestvo. Petrozavodsk, 1978. (In Russ)]
6. *Zilber A.* Activities of physicians who were founders of sciences and arts outside of medicine. In: 16<sup>th</sup> International Congress of Anesthesiologists, Haifa. 1992.