

616-089.5
Н632

Уральская Государственная Медицинская Академия

Э.К. НИКОЛАЕВ

К 100-летию наркоза на Урале

АКТОВАЯ РЕЧЬ
24 мая 1995 года

Екатеринбург
1996



Библиотека УГМУ



70002626

Э.К.Николаев
заведующий кафедрой
анестезиологии и реаниматологии
Уральской Государственной
Медицинской Академии

**Актовая речь на заседании Ученого Совета
Уральской государственной медицинской Академии
24 мая 1995 года.**

Уважаемые члены Ученого Совета!

Ректорат Уральской государственной медицинской Академии оказал высокую честь коллективу кафедры анестезиологии и реаниматологии, предоставив право чтения Актовой речи в мае 1995 г. Для нас это не только год 50-летия Победы в Великой Отечественной войне, но и год, когда кафедра шагнула в третье десятилетие своего существования.

История развития мировой анестезиологии напоминает увлекательный приключенческий роман с резкими поворотами сюжетной линии. “Кто изобрел анестезию?” – спросил английский король Эдуард VII, проснувшись от эфирного наркоза после операции аппендицита. Его лейб – хирург сэр Фредерик Тревс ответил: “Это был американец, Ваше Величество, – Крауфорд Лонг”. (С.С.Юдин “Избранные произведения”. Медгиз, 1960. с. 526).

Так ли это? По-видимому, так, ибо эфирный наркоз Лонг применил впервые 30 мая 1842 года при удалении опухоли затылка, но ... публикаций по этому поводу он не делал. Между тем публичная демонстрация эфирного наркоза проведена 16 октября 1846 года Вильямом Муртоном, который к тому же, сразу запатентовал способ, как свос с Джексоном открытие. Что же касается наркоза закисью азота, то и здесь первопроходцем явился дантист Хорас Уэллс, который 10 декабря 1844 года, побывав на представлении бродячего лектора Кольтона, настолько уверовал в наркотическую силу закиси азота, что на следующий день, придя к своему другу – дантисту Джону Ритгсу, попросил его выдернуть под наркозом совершенно здоровый зуб. Уэллс не испытал боли, он был безмерно счастлив, но миг счастья был слишком коротким. Техническое решение проблемы дозировки закиси азота не было одолено. Провал следовал за провалом при попытках публично

доказать благодеяния наркоза и через 2 года этот, уже психически больной человек, покончил жизнь самоубийством, вскрыв себе лучевую артерию.

В России пионером в клиническом использовании эфирного наркоза стал Н.И.Пирогов, который уже через 3 месяца после публикации Лонга сообщил в печати о первых трех операциях под наркозом, выполненных им в Больнице Петра и Павла в Санкт-Петербурге.

Один из моих учителей, замечательный человек и большой ученый, первым внедривший эндотрахеальный наркоз в общехирургическую практику нашей страны, профессор Исаак Соломонович Жоров в своем руководстве для врачей – анестезиологов и хирургов “Общее обезболивание” (Издательство “Медицина”, Москва, 1964), высоко оценивая роль Н.И. Пирогова в развитии эфирного и хлороформного наркоза, приводит слова В.Робинсона (США): “Многие пионеры обезболивания были посредственностями. В результате случайности местонахождения, случайных сведений или других случайных обстоятельств они приложили руку к этому открытию. Их ссоры и мелкая зависть оставили неприятный след в науке. Но и имеются фигуры более крупного масштаба, которые участвовали в этом открытии, и среди них наиболее крупным как человека и как ученого скорее всего надо считать Пирогова”.

Помимо Н.И.Пирогова в разработке безопасного наркоза принимали активное участие российские ученые А.М.Филомафитский, С.К.Кликович, В.А.Караваев, а позднее Ю.Ю.Джанелидзе, Н.П.Кравков, В.В.Еремич.

На Средний Урал наркоз дошел лишь к 1895 году (данные историка медицины, кандидата медицинских наук Ю.Э.Соркина). По всей вероятности роль тормоза сыграло циркулярное предписание тогдашнего министра внутренних дел России “О медико – полицейских мерах касательно употребления эфира при производстве операций”, вышедшее 5 апреля 1847 года.

В те далекие годы лишь единичные клиники Петербурга, Москвы, Киева, Харькова и Казани могли применять наркоз для обезболивания при операциях. В остальных же губерниях об общем обезболивании приходилось лишь мечтать. Оперировали только при безвыходных обстоятельствах, при этом пациента крепко держали за руки и ноги, он кричал изо-всех сил, впадая в состояние шока. Не случайно Н.И.Пирогов такие операции называл “хирургическими казнями”.

Любопытный пример приводит в своей диссертации Ю.Э. Соркин. В 1852 г. в госпитале горняцкого селения Турьинских Рудников (ныне г. Краснотурьинск) наш знаменитый земляк, кстати, будущий первый доктор медицины на Урале, А.А. Миславский, по-праву называемый отцом Уральской хирургии, взялся без обезболивания удалить зоб величиной с яблоко у 30-летнего рабочего. Пациенту было обещано 10 рублей из казны завода. Операция длилась трое суток! Через каждые 3-4 часа изнурительной работы хирург и пациент устраивали себе перерывы по несколько часов. В качестве премедикации (и для поощрения!) пациент получал стакан водки.

Вплоть до начала XX столетия общее обезболивание на Среднем Урале практически не использовалось, если не считать применение морфина и поверхностную анестезию кокаином.

В 1895 г. было опубликовано сообщение врача В.М. Онуфриева из Екатеринбурга "Чревосечение при асептике и почти без наркоза". Наркотическое вещество дано только по вскрытии брюшной полости и некоторого опорожнения ее (выпущен асцит). Опухоль оказалась больших размеров и несмотря на то, что больная не была наркотизирована, разрез брюшной стенки расширен до 20 см. Во время операции под кожу инъецировано 10 шприцев эфира с коньяком пополам. Операция закончилась благополучно (чем не наркоз по М.А. Топчибашеву, Баку, 1940).

В другом докладе того же 1895 г. "Вторая сотня чревосечений, произведенных в Екатеринбургском роддоме", В.М. Онуфриев отмечает, что большинство операций проводилось под хлороформным наркозом. Употреблялся исключительно один хлороформ, изредка с эфиром, а иногда за 15-20 минут подкожно впрыскивался морфий с атропином в отдельной палате или на операционном столе.

В 1898 г. А.А. Абражанов с успехом применил местное обезболивание по методу Шлейха. Вначале впрыскивался 1 шприц 2% раствора кокаина для обезболивания кожи, затем вглубь и по различным направлениям – 10 шприцев крепкого Шлейховского раствора:

Natrii chlorici	–	0,2
Cocaini muriatici	–	0,2
Morphini muriatici	–	0,02
Aq dest	–	100,0

Как видно из архивных документов, 100 лет назад в Екатеринбурге практически врачи живо интересовались научными достижениями и

довольно широко практиковали различные способы анестезии. Больше того, на медицинском Обществе заслушивались доклады с демонстрациями. Так 21 июня 1904 г. В.В. Николаев сделал доклад "Анестезия кокаином с демонстрацией на животном".

В уездных городах Пермской губернии широко применялись смешанные виды анестезии: гедонал – хлороформенный наркоз (Н.М.Мультановский, 1896, Камышлов, А.Я.Мурза, 1904), морфин-этиловый эфир (В.П.Шипицин, 1908, Соликамск).

Выдающийся земский хирург П.В.Кузнецкий (г.Нижний Тагил) применял предварительное впрыскивание стрихнина перед операциями с применением хлороформа. За 25 лет своей работы он успешно обезболит и прооперировал более четырех тысяч пациентов.

Первой публикацией по применению спинальной анестезии является сообщение В.А.Лягустина "Об обезболивании при операциях впрыскиванием кокаина в подпаутинное пространство спинного мозга", 20 ноября 1910 г.

Между тем, не имея строго научной основы, гарантирующей безопасность для жизни больного, общая анестезия при операциях широко не применялась, о чем можно получить представление из отчета П.П.Кибардина, 1911 г. о количестве операций, проведенных под тем или иным обезболиванием:

Хлороформ	1622
Кокаин	570
По методу Шлейха	316
Хлорэтил	15
Без анестезии	1024

Наибольших успехов наука об обезболивании достигла на Среднем Урале в период Советской власти, хотя становление происходило далеко нелегким путем. Профессии анестезиолога как таковой не существовало. Наркоз давали специально обученные фельдшера – наркотизаторы, а порой и сами хирурги. Так, в ЦКБ № 1 (ныне ГКБ СМП) со дня открытия ее, а точнее с первой проведенной операции 20 ноября 1939 г. и вплоть до открытия в марте 1963 г. отделения анестезии и реанимации, наркотизатором была медсестра Ефросинья Леонтьевна Ложкина.

По-видимому, хирургов такое положение с обезболиванием вполне устраивало. По словам Жака Ласснера (Франция) "в века до анестезии хирургическая практика была не всем доступна. Чтобы провести операцию надо было иметь железную волю и способность хладнокровно переносить выражения страдания больных. Кровь, грязь, дурные запахи

являлись частью профессии хирурга, так же, как презрение, с которым относились к ним окончившие университет врачи. Понятно, что в этих условиях хирурги – цирюльники были обычно здоровенные и часто грубые люди. Хирурги XIX века еще не сразу завоевали достойное место в общественной жизни и даже в медицине они еще некоторое время играли подчиненную роль. Но когда хирургическое вмешательство достигло самого высокого выражения медицинских способностей, авторитет хирургов и их общественное положение очень значительно повысились. Так долго подавляемое желание проявить себя выражалось в чрезвычайно авторитетных демонстрациях. Как разбогатевший бедняк любит слишком выставлять всем напоказ свое богатство, так и новые хирурги превратились в тиранов. Конечно, это явление постепенно изжилося, но на развитие анестезиологии эти психологические факторы оказывали значительное влияние. С одной стороны, новые господа медицины не признавали никакого вмешательства в области хирургии, а с другой стороны, врачи, избравшие себе другие специальности, вовсе не желали подчиняться хирургам.

Поэтому-то, анестезия и была сдана в руки студентов или среднего медперсонала. В области хирургии – само хирургическое вмешательство являлось актом первостепенной важности, а анестезия – второстепенной, и ее старались удешевить елико возможно” (Выписка из Анестезиологических тетрадей, том 9, № 7, июнь 1962 г. любезно предоставлена автору петербургским профессором В.Л.Ваневским).

Как самостоятельная отрасль медицины и науки уральская анестезиология стала обретать свое лицо в 30–40 годы. Этот качественный перелом был связан со многими техническими внедрениями и именами наших земляков – энтузиастов.

Первым в этом ряду следует назвать профессора Александра Юдимовича Лурье. Начиная с 1933 года в его клинике на базе Свердловского акушерско – гинекологического института (ныне НИИ охраны материнства и младенчества МЗ МП РФ) стали активно внедряться методы массового обезболивания родов: анестезия нервных стволов и нервных окончаний – зон Геда, фармакодинамические методы (использование эйнаркона), гипноз, а также наркоз закисью азота с кислородом. В 1935 г. газета “Правда” напечатала статью проф. А.Ю. Лурье, посвященную массовому обезболиванию родов, где он писал: “... каждый акушер должен вести роды под наркозом и добиваться максимального облегчения болей”. В том же 1935 г. он получает высшую награду государства – Орден Ленина.

Случайно или нет, но именно в этот период и именно в нашем городе впервые в стране было освоено промышленное производство закиси азота. Это, несомненно, создало свердловским медикам отличную базу для осязаемого прорыва на новые рубежи анестезиологии.

Профессор А.Ю. Лурье первый реализовал возможности закиси азота. По его замыслу в палаты через централизованную разводку подавалась закись азота для так называемого “самоприменения”, – женщины сами вдыхали веселящий газ при родовых схватках. Со слов моей матери, при моем рождении 24 сентября 1935 г. она тоже вдыхала закись азота, и более при родах не чувствовала. К 1937 г. клиника А.Ю. Лурье уже располагала 100 случаями такого обезболивания, однако новшество многими было встречено в штыки. Вот что писал Александр Юдимович в те годы: “... вследствие отсутствия внимания со стороны старого Наркомздрава, после большого подъема наблюдается полоса затишья. Провокационные слухи, дискредитирующие обезболивание, нанесли большой ущерб проблеме обезболивания”. Шел 1937 год ...

И, тем не менее, с февраля 1938 года (цитируется по кандидатской диссертации М.И. Сахарова, 1939) этот метод обезболивания стал энергично внедрять в госпитальной хирургической клинике профессор А.Т.Лидский. Горячий сторонник и пропагандист местной инфильтрационной анестезии по А.В. Вишневскому, великолепно владеющий этой методикой, Аркадий Тимофеевич понимал, что местная анестезия не всегда в состоянии хорошо и полностью защитить больного от хирургической агрессии. Поэтому врачей своей клиники Е.Л. Гринштун, С.А. Попову, Э.К. Николаева он направил на обучение в лучшие клиники страны в Москву – к А.Н. Бакулеву, И.С. Жорову и в Ленинград – к академику П.А. Куприянову.

Однако, это было позже, значительно позже – в конце 50-х начале 60-х годов. А в 1938 г. проблемой изучения наркоза закисью азота первыми из хирургов стали заниматься Моисей Израилевич Сахаров и Генрих Яковлевич Векслер.

Весьма интересные выводы делает М.И. Сахаров в своей кандидатской диссертации “Наркоз закисью азота в хирургии” (Свердловск, 1939). “Особенно показан этот вид наркоза при гнойно – септических заболеваниях у больных слабыми, истощенными, анемичными и кахектичными, а также при заболеваниях сердца, легких, у больных почечными и печеночными ... Сохранение кислотно – щелочного равновесия крови при наркозе закисью азота является хорошим противошоковым фактором ... Аппаратура для наркоза закисью азота

требует особо внимательного к себе отношения ... После пробуждения обычно держится аналгезия в течение 1,5 – 2-х часов ... Абсолютных противопоказаний к наркозу закисью азота нет, у алкоголиков этот вид наркоза нежелателен ... Закись азота будет играть важную роль в условиях войны на всех этапах эвакуации, за исключением передовых пунктов медицинской помощи”.

Для наркоза М.И. Сахаров использовал наркозный аппарат германской фирмы “Дрегер”. Однако трудности с дозировкой газа заставили его обратиться к сотруднику кафедры физиологии Свердловского мединститута (впоследствии профессору) П.М. Старкову, который сконструировал специальное дозирующее устройство – водяной дозиметр “СТАМП – 3”.

Как явствует монография П.М. Старкова “Газовый наркоз”, выпущенная в Медгизе в 1950 г., Павел Михайлович являлся сотрудником кафедры нормальной физиологии и защитил диссертацию “Газовый наркоз закисью азота и циклопропаном” в Свердловском мединституте в 1939 году. К сожалению, в библиотеке мединститута диссертация не сохранилась. Я был знаком с П.М. Старковым. На одном из симпозиумов, проводимых в Москве академиком В.А. Неговским, меня представили П.М. Старкову, имевшему в то время весьма солидный возраст. Он продолжал работать на кафедре физиологии в одном из южных ВУЗов нашей страны до глубокой старости. Запомнились его слова из этой монографии: “Внедрение газа – (N_2O) – в хирургическую практику, начатое с начала 1938 года в свердловских медицинских учреждениях, оправдало ценность этого наркоза, особенно в малой хирургии. В 1939 г. он начал завоевывать права гражданства не только в свердловских клиниках, но и во многих клиниках Москвы, Ленинграда и других городов. Ряд врачей защитил диссертации на тему о применении закиси азота (М.И. Сахаров, Г.Я. Векслер, И.Я. Рабинович, Ф.Н. Данович, Д.Ф. Мишин и П.М. Старков)”.

Генрих Яковлевич Векслер, заведующий хирургическим отделением Военного госпиталя Свердловска, как и М.И. Сахаров, был великолепным хирургом, но его кандидатская диссертация, так же выполненная под руководством проф. А.Т. Лидского, была посвящена механизмам действия закиси азота на организм. Она так и называлась “Материалы по газовому наркозу (закись азота) – экспериментальные и клинические данные”. Проведя многочисленные эксперименты на животных, исследуя морфологию тканей и органов, Г.Я. Векслер установил отсутствие токсичности у закиси азота для паренхиматозных органов. Диссертация была защищена в 1941 году.

Таким образом, Свердловск явился пионером и в производстве закиси азота и в научной разработке методов его клинического использования, что нашло самое широкое применение в годы Великой Отечественной войны и в гражданских больницах и в эвакогоспиталях.

Между тем, и в годы войны, и в послевоенные годы в хирургии продолжали господствовать местная анестезия по методу А.В. Вишневецкого и масочный наркоз. Лишь в 50-е годы в клинику с большой опаской стал внедряться эндотрахеальный (или, как его тогда называли “интубационный”) наркоз.

Первым применил его в Свердловске в 1951 г. хирург ВОСХИТО Виктор Соломонович Крылов, работавший в то время под руководством чл.корр. АМН СССР, профессора Ф.Р.Богданова. Однако, массового применения наркоз с релаксантами не нашел. Может быть сказалось то, что вскоре и Ф.Р. Богданов и В.С.Крылов покинули наш город.

Годом массового применения эндотрахеального наркоза на Среднем Урале следует считать 1956 год, когда хирурги ОВГ № 354 К.Д.Синицин, Г.А.Насонов и Э.В.Пионтек стали его широко использовать при операциях на легких и органах брюшной полости. В 1960 г. в этом госпитале появилась первая штатная единица врача анестезиолога.

Первое анестезиологическое отделение со своими 8 койками для интенсивной терапии появилось в ГКБ СМП в марте 1963 г. (гл.врач, засл. врач РСФСР, к.м.н. Ю.Л.Мартынов). Заведовала отделением С.А.Попова. Отделение было неплохо оснащено, в основном, отечественной аппаратурой: наркозными аппаратами УНА-1, кардиоскопами, электрокардиографами, реографом, миографом (Венгрия), пневмотахографом, пламенным фотометром, аппаратом микро/Аstrup (Дания). Имелся совершенно шикарный шведский наркозный аппарат “АГА – спиропульсатор” с дыхательной приставкой, чешская “Хирана”. В последствии было собрано 6 наркозно – дыхательных систем по схеме Ю.Н.Шанина, которые верой и правдой прослужили много лет. Более 18 лет проработали в нашем отделении великолепные шведские респираторы “Энгстрем – 200”, пока их не сменили аппараты семейства РО.

С 1965 г. начинают функционировать еще 2 анестезиологических отделения: в железнодорожной больнице и в ГКБ № 23. В 1968 г. организуется отделение в ОКБ № 1. К 1970 г. в Свердловской области было уже 14 отделений, из них 7 – в Свердловске.

Сегодня, по данным главного специалиста ГУЗО проф. В.М.Егорова, в городе функционируют 17 РАО и 7 палат интенсивной

терапии. В отделениях работают 212 врачей анестезиологов-реаниматологов, 20% из них имеют высшую категорию, а 18% – первую. За год в палатах РАО пролечивается более 13 тыс. больных, а в целом по городу ежегодно 63 тыс. пациентов обеспечиваются реанимационно – анестезиологической помощью. В области работают 478 анестезиологов и реаниматологов. С 21 мая 1969 г. функционирует самостоятельное научно – практическое Общество анестезиологов и реаниматологов. За время, прошедшее со дня организации Общества проведено более 180 заседаний, на которых заслушивались самые разнообразные вопросы.

По всей вероятности, успехи свердловских анестезиологов позволили МЗ РСФСР назвать наш город местом проведения I Всероссийского съезда анестезиологов и реаниматологов в 1974 г. Съезд был проведен на высоком уровне и активные члены Оргкомитета во главе с зав. Облздравотделом Н.С.Бабичем заслужили благодарность Министра здравоохранения, а в декабре 1974 г. в Свердловском медицинском институте была открыта 1-ая на Урале кафедра анестезиологии и реаниматологии (зав.проф. Э.К.Николаев).

Можно с уверенностью говорить об Уральской школе анестезиологов, оказавшей значительное влияние на развитие как самой анестезиологии и реаниматологии, так и хирургии.

Профессор В.В.Куприянов (Москва) так определяет критерии научной школы:

а) наличие руководителя, в лице которого история видит признанного лидера, новатора и умелого организатора, сочетающего эффективную практическую деятельность с глубокими творческими обобщениями;

б) оригинальность идей, выражающих назревшие потребности развития науки, самостоятельность научного направления;

в) сплоченный и воодушевленный коллектив сотрудников, преданных научному направлению и подготовленных к самостоятельному решению задач;

г) общественно полезные результаты исследований, проводимых коллективом, в том числе открытия, способствующие прогрессу науки. (В кн. "Итоги и перспективы исследований по истории медицины". Ташкент, 1980, с. 106).

Безусловным вдохновителем в развитии анестезиологии на Среднем Урале являлся член – корреспондент АМН СССР, Заслуженный деятель науки РСФСР, профессор Аркадий Тимофеевич Лидский. Именно его школа дала М.И. Сахарова, Г.Я.Векслера,

А.Ф.Зверева и последующих ученых, выполнявших научные исследования в области обезболивания – Э.К.Николаева, Е.Л.Гриншпун, В.А.Бабаева, В.Г.Василькова.

Клиника проф. М.И.Сахарова первой в стране апробировала тримекаин. Был накоплен большой клинический опыт по инфильтрационной анестезии тримекаином (Н.Г.Сорокина). Принципиально новые разработки в использовании тримекаина для перидуральной анестезии пломбированным раствором были предложены в кандидатской диссертации Х.Х.Хапия, а также в кандидатской диссертации А.Б.Борцова. Из этой же клиники вышла диссертационная работ Э.В.Пионтска, в которой рассматривались важные проблемы электрической деполяризации сердца при мерцательной аритмии у больных ревматическими пороками сердца в связи с их хирургическим лечением.

Одним из первых внедрил эндотрахеальный наркоз в клинику детской хирургии ученик А.Т.Лидского профессор А.Ф.Зверев. Клиника детской хирургии, возглавляемая А.Ф.Зверевым, одной из первых в стране освоила бронхоскопию у детей, операции на легких, при мозговых грыжах и прочих врожденных дефектах развития с уникальными отдаленными результатами. Отсюда вышла великолепная докторская диссертация В.М.Егорова. И в последующие годы, руководимая доцентами З.В. Шуваловой и В.М.Одинаком, кафедра детской хирургии уделяла и уделяет большое внимание вопросам анестезиологии детского возраста (канд.дисс. Е.В. Девайкина и Б.А.Курцера).

На базе клиники легочной хирургии Свердловского НИИ туберкулеза, руководимой известным далеко за пределами нашей страны пульмохирургом М.Л.Шулутко, учеником А.Т. Лидского, успешно развивалась школа доктора мед. наук Б.Д.Зислина, бессменного главного анестезиолога области, чьи энергия, опыт и душевные качества хорошо известны. Научный поиск сотрудников клиники постоянно нацелен на разработку вопросов патогенеза послеоперационной гипоксемии, экстракорпоральной оксигенации и гемосорбции, искусственной гипотонии и гипотермии в хирургии легких. Нашли свое разрешение вопросы управления ритмом сердечной деятельности, разработан неинвазивный способ определения сердечного выброса, разработан модифицированный неинвазивный метод определения давления в легочной артерии, варианты искусственной вентиляции при бронхоскопии, варианты высокочастотной ИВЛ в торакальной хирургии. Борис Давыдович принимает самое активное участие в конструировании и испытаниях современной аппаратуры.

не имеющей аналогов в отечественном медицинском приборостроении (аппараты для ВЧ ИВЛ семейства "Ассистент", "МТ-60", "Компьютер – сервер", пульсоксиметры Т-031 и Т-032). Работы Б.Д.Зислина и его сотрудников во многом способствовали успешному развитию легочной хирургии на Урале. Под руководством Б.Д.Зислина защищено 18 диссертаций, опубликовано 3 монографии и 108 печатных работ, а сам он является членом Проблемной комиссии при Минздраве РФ. В перспективе у главного анестезиолога области внедрение мониторинга при анестезиологическом обеспечении операций и в палатах интенсивной терапии, компьютеризация службы, разработка и внедрение медико-экономических стандартов в реанимации и интенсивной терапии.

Из клиники госпитальной хирургии (ныне хирургических болезней № 1), возглавляемой учениками А.Т.Лидского профессором В.Н.Климовым, а ныне профессором Н.П. Макаровой вышло значительное число совместных работ анестезиологического плана. Все они посвящены актуальным проблемам современной хирургии: лечению послеоперационных парезов желудка и кишечника (В.А. Бабаев, 1969), интенсивной терапии с применением локальной гипотермии в неотложной хирургии органов брюшной полости (В.Г.Васильков, 1969, 1977), особенностям анестезии и ИВЛ у лиц пожилого и старческого возраста (докторская дисс. Э.К.Николаева, 1972), гемодинамике при внутривенном алкогольном наркозе (Л.И.Лебедев, 1973), перидуральной анестезии в сочетании с оксибутиратом натрия (Н.В.Савушкин, 1978), комплексной терапии ишемического синдрома при окклюзионных поражениях артерий нижних конечностей (Т.А.Журавлева, 1992).

Именно из госпитальной хирургической клиники отпочковалась и начала самостоятельное существование 23 декабря 1974 г. кафедра анестезиологии и реаниматологии.

С первых дней организации кафедральный коллектив (Н.П.Бабаева, В.Г.Васильков, Н.С.Давыдова, Э.К.Николаев) решал триединую задачу:

– подготовка профессиональных анестезиологов – реаниматологов и обучение всех студентов лечебно – профилактического факультета основам анестезии и реанимации;

– научно-исследовательская работа;

– активное участие в лечебной работе.

За прошедшие 20 лет на кафедре проведена большая работа по организации и совершенствованию учебного процесса. Созданы

программы как для студентов V курса, так и для субординаторов анестезиологов – реаниматологов, хирургов, терапевтов, акушеров-гинекологов, судмедэкспертов, офтальмологов, ото-рино-ларингологов, урологов. В достаточном количестве выпущены методические разработки. Разработан и внедрен план 2-х годичного обучения по специальности, что дало возможность углубленно формировать профессиональные знания и умения теоретического и практического характера с изучением избранных вопросов неотложной хирургии и терапии, клинической фармакологии, патофизиологии, биохимии, эндокринологии. Это позволило разработать квалификационную характеристику, приближенную к требованиям общеевропейского диплома.

Институт и кафедра располагают всем необходимым для подготовки специалиста – учебной и научной литературой, учебными манекенами и устройствами для обучения отечественного и зарубежного производства, солидной клинической базой, имеющей более 60-ти реанимационных коек. Кафедра располагает 32 учебными кинофильмами и 30 видеофильмами. современной кино-слайдо- и видеотехникой, приобретенной нашими спонсорами – фирмами “Портекс” (Великобритания), “ЛИЛИ” (США) и “Биотест” (Германия).

Со дня основания на кафедре успешно работает кружок СНО, число постоянных членов которого от 20 до 30-ти человек. Многие бывшие кружковцы стали докторами и кандидатами наук. Через кружок формируется субординатура и интернатура, а затем и клиническая ординатура.

За прошедшие 20 лет на кафедре подготовлено 4 доктора наук, 20 кандидатов наук, 44 клинических ординатора, 275 врачей – анестезиологов через ФУВ, выпущено 3 монографии, 2 сборника научных работ, получено 8 авторских свидетельств на изобретения, внедрено 87 рационализаторских предложений, опубликовано 485 печатных работ, из них сотрудниками кафедры – 382 и врачами практического здравоохранения под руководством кафедры – 143.

Научно-исследовательская работа кафедры проводилась по 3 направлениям:

- разработка и усовершенствование методов анестезии и реанимации;
- конструирование новых аппаратов и устройств, применяемых в анестезиологии и интенсивной терапии;
- разработка вопросов преподавания специальности.

На кафедре разработана методика низкочастотной импульсной терапии парезов желудка и кишечника (В.А.Бабаев), методика локальной гипотермии в комплексном лечении разлитого гнойного перитонита (В.Г.Васильков), аппаратура для проведения гипотермии (Н.П.Купин), изучено влияние неингаляционных анестетиков на тонус сосудов головного мозга (Н.С. Давыдова), разработана методика интенсивной терапии при тяжелой черепно – мозговой травме (Н.П.Бабаева), разработаны практические рекомендации различных вариантов комбинированной анестезии для больных пожилого и старческого возраста (А.Э.Пионтек), разработана комплексная интенсивная терапия с использованием ГБО для беременных, страдающих сахарным диабетом (С.В.Васькова), изучено действие кетамина у пациентов с высокой степенью операционного риска (В.А.Руднов), разработана аппаратура и методика для анальгезии импульсным сложно модулированным электромагнитным полем (В.И.Баньков и Ю.В.Кононов), изучены факторы естественного иммунитета у онкологических больных при проведении анестезиологического пособия (С.А.Поляков), разработан мониторинг коматозных состояний методом отдаленного прогноза (А.А.Белкин), оптимизированы методы противоишемической защиты миокарда при операциях протезирования клапанов сердца (В.Б.Якимов).

Сегодня научную работу на кафедре ведут 6 аспирантов и 8 соискателей. Все они молодые и энергичные люди, что позволяет с оптимизмом смотреть в будущее анестезиологии и реаниматологии.

Прошедшие годы были для кафедры плодотворны и в плане медицинского приборостроения, благо конверсия оборонных предприятий предоставила возможности для того. Нами разработаны и внедрены:

- аппарат “Уктус” для дыхания и ИВЛ кислородно–гелиевой смесью для оказания помощи под землей и в условиях скорой помощи;

- “АКОР – 1” – автоматический комплекс обработки реограмм, позволяющий получить параметры центральной и периферической гемодинамики как на операционном столе, так и в палате интенсивной терапии;

- дефибрилятор с биполярным импульсом;

- серия аппаратов для ВЧ вентиляции легких;

- серия аппаратов “гипотерм”;

- аппарат “Турбо–пульс” многоцелевого назначения (для профилактики интра– и послеоперационных тромбозов и эмболий из

вен нижних конечностей, для лечения отсков и профилактики варикозной болезни беременных).

Сотрудниками кафедры внедрены такие методики, как экстракорпоральная перфузия крови через ксеноселезику, интегральная компьютерная оценка кислородного статуса, электрохимическое окисление крови, воздействие на фагоцитарную активность нейтрофилов с помощью инфузий озонированных растворов кристаллоидов, сочетанное применение низкоэнергетического лазера с электрохимическим окислением крови для лечения бронхолегочных осложнений в реаниматологии и ряд других.

Большое внимание уделяет кафедра совместной работе с практическим здравоохранением.

В нашем городе четко определились и на сегодняшний день дружно работают 3 научных школы со своими направлениями. В УрГМА помимо кафедры для обучения студентов с 12 октября 1986 г. открыта кафедра анестезиологии и реаниматологии факультета усовершенствования врачей. Возглавляет кафедру д.м.н. профессор В.М.Егоров. За это время постдипломную подготовку прошли 1039 врачей (анестезиологов и реаниматологов, педиатров, неонатологов, акушеров-гинекологов, врачей скорой помощи, терапевтов и интернов). На кафедре защищено 12 кандидатских и 1 докторская диссертации. Основными направлениями в научных исследованиях кафедры явились: разработка оптимальных методов анестезии и интенсивной терапии в педиатрии, акушерстве, амбулаторной стоматологии, клинической токсикологии. Издано 3 монографии и 2 сборника научных работ. Большое внимание уделяет кафедра анализу работы отделений реанимации в городе, анализу материнской смертности по области и в г. Екатеринбурге. Сотрудники кафедры активно внедряют в практику лечебных учреждений новые методы профилактики и лечения, часто выступают с интересными докладами на заседаниях областного общества анестезиологов и реаниматологов. Профессор В.М.Егоров является членом Президиума Российской Федерации анестезиологов и реаниматологов.

Как положительный факт следует отметить, что в развитии анестезиологии Среднего Урала активное участие принимали многие кафедры Свердловского медицинского института, ныне УрГМИ. Значительный вклад внесли свердловские фармакологи: проф. А.К. Сангайло, проф. М.П.Вихриева, доц. А.Д.Кондрашин, доц. В.К.Козин, Б.С. Гришин, проф. Л.П.Ларионов. Методика подконтрольной анальгезии, разработанная на кафедре, дала возможность изучить эмоциональный компонент, важный при изучении борьбы с болью.

Клинико-экспериментальное исследование по определению напряжения кислорода в тканях у детей с хроническими воспалительными заболеваниями, выполненное А.Я.Чижовым под научным руководством А.П.Ястребова более чем на десяток лет опередило аналогичные работы из столичных и зарубежных клиник.

Активно способствовали развитию анестезиологической тематики руководители хирургических кафедр, профессора Ю.М.Михайлов, М.С.Савичевский, В.Н.Климов, Н.П.Макарова, В.А.Козлов.

Две кандидатские диссертации выпущены под совместным руководством терапевтов С.С.Бараца и И.М.Хейнонена. Активно помогали нашим диссертантам ЦНИЛ (д.м.н. В.И.Баньков) и кафедра микробиологии. Весьма интересные исследования проведены на кафедре физиологии (проф. А.Л.Азин) по изучению реакций мозговых сосудов на введение неингаляционных анестетиков. Одним словом, научное комплексирование в рамках ВУЗа дает великолепные результаты.

Подводя итог вышесказанному, можно отметить, что в развитии анестезиологии на Среднем Урале явственно прослеживаются 3 этапа развития:

I – эмпирический (1895 - 1933).

II – начальных научных исследований (1933 - 1963).

III – организационного становления, появления профессиональных анестезиологов – реаниматологов, широкого внедрения реанимации, глубоких научных исследований (с 1963 по н.в.).

Каким же видится будущее этой важной специальности?

Во-первых, я полагаю, что будут развиваться междисциплинарные связи. Хотелось бы продолжить широкое научное комплексирование с хирургами, патофизиологами, фармакологами, иммунологами, биохимиками, физиологами, специалистами медицинского приборостроения, терапевтами, физиками. Большинство открытий сегодня, как правило, лежит на стыке дисциплин. Замкнутость в исследованиях бесперспективна.

Во-вторых, продолжая исследования по проблемам анестезиологии и реаниматологии следует подчеркнуть особую роль интенсивной терапии. Сегодня это звено явно отстает как в плане преподавания, так и в плане научно – обоснованных теоретических разработок и практического применения. Программа интенсивной терапии для студентов должна включать вопросы оценки тяжести состояния, современного мониторинга, клинической фармакологии анальгетиков, гипнотиков, плазмозаменителей, симпатомиметиков, антибиотиков, искусственного питания. Обучение интернов должно соответствовать особенностям специальности (терапия, акушерство, хирургия).

Сегодня кафедра анестезиологии и реаниматологии над такими программами работает, и мы полагаем, что в Академии предстоит организация нового курса, ведущего специализированное преподавание и для студентов и для врачей.

В-третьих, следует признать, что дальнейшее развитие анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии сдерживается практическим отсутствием мониторинга – автоматического контроля за основными жизненными функциями – дыхания и кровообращения. Следовательно, первостепенной задачей сегодня является всесторонняя разработка принципов мониторинга (электрофизиологического, биотелеметрического, биохимического). Несомненно целесообразна компьютеризация этого процесса.

В-четвертых, что скорее всего следовало бы поставить на первое место: явно назрела необходимость коренного реформирования высшей медицинской школы. Последние минздравовские указания свидетельствуют о намерении сформировать российскую высшую медицинскую школу на манер развитых стран Европы и Америки, состоящую, как известно, из 2-х этапов образования: базовой общемедицинской подготовки и специализированной проходящей в крупных клиниках. Знакомство с системой медицинского образования, Великобритании, Франции, Германии, США позволяет отметить, что различие в подготовке наших специалистов от зарубежных касается прежде всего периода специализированной подготовки. Так, например, неплохо отработанная в нашем ВУЗе система 2-х годичной подготовки специалиста анестезиолога – реаниматолога через субординатуру и интернатуру, дала неплохие результаты. Мы не имеем рекламаций на наших выпускников не только у нас в области, но и за рубежом. Больше того, многие из выпускников последних лет сдали конкурсный экзамен в Москве на компьютерах специалистам из Великобритании (по линии Ноу хау фонда). Однако, с ликвидацией субординатуры один год клинической интернатуры для подготовки специалиста явно недостаточен. Клиническая интернатура по анестезиологии и реаниматологии должна быть, по крайней мере, 2-х годичной, поскольку в клиническую ординатуру будет попасть не легче, чем верблюду пролезть в игольное ушко.

Конкурсный отбор, увеличение срока обучения, новая система оценки знаний, сближение программ с европейскими и американскими аналогами – вот суть изменений, которые необходимо осуществить.

Основная сложность для внедрения этой системы – дефицит денежных ресурсов и отсутствие необходимого количества хорошо

оснащенных клинических баз, способных квалифицированно готовить интернов. Представляется рациональным, в связи с этим, разделение интернатуры на 2 варианта :

- интернатура для врачей общего профиля,
- интернатура для специалистов (кардиологи, хирурги, анестезиологи – реаниматологи, урологи, офтальмологи и пр.).

Соотношение должно определяться на основе потребности в данных специалистах и возможности клинических баз проводить качественную подготовку.

И в-пятых, в научном плане, на наш взгляд, необходима детальная проработка принципов научного обоснования управления катастрофами. “Чем больше обеспечена научная база, тем больше убеждаешься в том, что в основе эффективного управления катастрофами лежат готовность к ним и их предупреждение, а не “пожарные” меры реагирования на ситуацию” (С.У.А.Гуни, всемирная ассоциация неотложной медицины и медицины катастроф, Швейцария. Журн. “Международные медицинские обзоры”, 5/94, с.302).

Нельзя не отметить неоценимую помощь, которую оказывают уральской анестезиологии зарубежные фирмы и объединения: Симс, Лири, Биотест, Глаксо, Зенка, Пуритан Беннет, Амбу, Сан, Гамбро, Вигго-Спектрамед, Дэва Фарм, Сименс, Кантрон, Санофи, Ранбакси, Медимпекс, качество продукции которых высоко ценится в мире. Особую признательность мы приносим британской фирме “Portex”, чьи изделия нашли самое широкое применение в практике анестезиологов Урала (эндотрахеальные трубки, иглы для спинально-эпидуральной анестезии, наборы для микротрахеотомий и плеврального дренажа и т.д.). Мы благодарны руководству фирмы, и в частности, региональному менеджеру господину Герберту Джуерсу, консультанту Юрико Кононову, спонсировавшим поездку специалистов на международные Конгрессы в Голландию (1992) и Израиль (1994). Это позволяет уральским анестезиологам все время быть в курсе самых последних достижений мировой анестезиологии, сверять наши достижения с успехами ведущих стран мира. За последние годы наши специалисты участвовали более чем в 30 международных Конгрессах.

Хотелось бы обратить внимание на появившееся недавно новое понятие – КАЧЕСТВО ЖИЗНИ. Речь идет не только о комфортном жилье, полноценном питании, дешевой одежде и обуви. Речь идет об избавлении человека от тягостного субъективного чувства боли, делающим жизнь человека и его окружающих родных и близких совершенно невыносимой. Каждый культурный человек, по словам

великого хирурга С.С.Юдина, не может не чувствовать душевной полноты от сознания блистательной победы над физической болью и благодарных чувств по адресу тех, кто своими трудами и мыслью дал человечеству этот бесценный вклад, это ни с чем не сравнимое сокровище.

Я хочу пожелать всем присутствующим в этом зале здоровья, особо пожелать благополучия анестезиологам – реаниматологам, стоящим у последнего рубежа, отделяющего жизнь от смерти. Хочу напомнить слова поэта Е.Евтушенко, особенно остро звучащие в сегодняшнем грозном мире:

Пусть навсегда забыв сраженья,
Все отдадим по доброй воле
Лишь за одно вооруженье –
– вооруженье против боли.
У человечества России
Вы попросите в потрясенье
Не временной анестезии,
А навсегдашнего спасенья.

Благодарю за внимание.

*Лицензия на издательскую деятельность ЛР № 020807 от 23.08.93
Подписано в печать 1.03.96. Бумага писчая. Тираж 200 экз.*

БОНУМ

*Подготовлено к печати и отпечатано
в РНПЦ "БОНУМ"*

Отдел информации Республиканского научно-практического центра "Бонум".
620086, Екатеринбург, ул.П.Тольятти, 26а, тел.: 23-14-80, 23-22-63