

Переоценка собственных знаний в смежной специальности может оказаться опасной для пациента.

Возможные пути взаимодействия гематологической и реаниматологической служб

Для взаимодействия отделений ТКМ, на регулярной основе выполняющих аллоТКМ, была признана целесообразной организация специализированных реанимационных коек для гематологических центров: для крупных центров (> 50 ТКМ в год) — специализированных ОРИТ, для небольших (< 50 ТКМ в год) — специализированных реанимационных коек в отделении ТКМ с соответствующим штатом реаниматологов. Собственный опыт взаимодействия по этим схемам представлен ниже (ИДГиТ им. Р.М. Горбачевой СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, ФГБУ ГНЦ МЗиСР РФ, ГВКГ им. Н.Н. Бурденко).

Аналогичный принцип может быть положен в основу организации взаимодействия ОРИТ со стандартными отделениями гематологии (40–60 коек) и/или отделениями, выполняющими аутоТКМ: предусматривается организация палат ИТ, где на этапе оказания неотложной помощи «основным врачом считается гематолог, а реаниматолог привлекается в качестве консультанта для коррекции водно-электролитных расстройств, белково-энергетической недостаточ-

ности, КОС... Реаниматологом также решаются вопросы интенсификации терапии, перевода пациента в ОРИТ, где основной врач — реаниматолог, а гематолог — консультант, определяющий стратегию ХТ, решающий вопросы сопроводительной терапии постцитостатических осложнений» (В.В. Иванов, С.Н. Абдусаламов, Т.А. Галанина). Палаты ИТ могут представлять собой как выделенные койки в составе гематологического отделения со штатным расписанием ОРИТ, так и «виртуальные» палаты ИТ (без физического перемещения пациента). «Развертывание в составе 40-коечного гематологического отделения 6-коечной палаты реанимации и интенсивной терапии со штатом реаниматологов решило сразу несколько проблем. Дежурства осуществляются гематологом или штатным реаниматологом отделения. Само по себе это существенно снизило раннюю летальность у некоторых категорий больных. Нахождение пациента непосредственно в отделении решает проблемы контроля качества оказания ему как гематологической помощи, так и ИТ» (К.Д. Капланов). А.В. Климович считает, что «создание изолированных асептических коек гематологической реанимации на территории онкогематологического отделения позволит своевременно и в полном объеме проводить ИТ,

ограничит распространение нозокомальных штаммов и формирование их перекрестной резистентности и, очевидно, приведет к экономии расходных материалов и лекарственных средств».

Не все центры считают необходимым создание отдельного гематологического ОРИТ или введение ставок врача-реаниматолога в штатное расписание отделения гематологии. Интересна другая точка зрения: «Представляется рациональным, чтобы за отделением был закреплен врач-реаниматолог ОРИТ, который бы знал особенности ведения онкогематологических больных, участвовал в обсуждении предстоящих больному лечебных протоколов, заранее оценивал резервы пациента и планомерно отслеживал его состояние... На наш взгляд, совместное наблюдение двумя специалистами и своевременная коррекция проводимой терапии позволят реально уменьшить тяжесть осложнений и снизить летальность» (Н.Г. Тюрина, В.Э. Хороненко, Н.В. Эделева).

Таким образом, для своевременного назначения пациентам адекватной ИТ участники совещания предлагают различные механизмы, организация раннего (консультативного) этапа может быть разной в лечебных учреждениях и зависит от коечного фонда и интенсивности работы отделения.

ОПЫТ РАБОТЫ КЛИНИКИ «ИНСТИТУТ ДЕТСКОЙ ГЕМАТОЛОГИИ И ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ ИМ. Р.М. ГОРБАЧЕВОЙ» ГОУ ВПО СПБГМУ ИМ. АКАД. И.П. ПАВЛОВА РОСЗДРАВА

(В.В. Вавилов, О.В. Голощапов, Б.В. Афанасьев)

Необходимость внедрения единых для целого ряда специалистов подходов к проведению эффективной профилактики, своевременной диагностики и адекватной терапии осложнений стоит перед гематологами не только на этапе проведения ТКМ, но и на этапе стандартной цитостатической и иммуносупрессивной терапии заболеваний системы крови. Это привело к формированию «интенсивной гематологии», как смежной специальности на стыке гематологии, трансфузиологии, реаниматологии и некоторых областей лабораторной диагностики.

Таким образом, сопроводительная ИТ гематологических пациентов — мультидисциплинарная проблема, оптимальное решение которой зависит

от нескольких принципиально важных факторов: 1) достаточное оснащение гематологического и других подразделений, определяющих диагностику и терапию осложнений на всех этапах лечения пациента с гематологическим заболеванием или реципиента гемопоэтических стволовых клеток; 2) эффективное взаимодействие и преемственность между всеми специалистами, привлекаемыми к лечению больного, в первую очередь врачами отделения гематологии и/или ТКМ и ОРИТ; 3) высокая квалификация и опыт работы с пациентами, получающими ХТ или ТКМ.

Сопроводительная ИТ гематологического больного и после трансплантации в наибольшей степени определяется взаимодействием врача-гематолога и врача-реанима-

толога. Это взаимодействие может быть организовано тремя разными способами, зависящими от размера гематологического и/или трансплантационного отделения либо клиники и основного направления его деятельности (см. табл. 3). Все три способа имеют как свои преимущества, так и недостатки.

Институт детской гематологии и трансплантологии им Р.М. Горбачевой (ИДГиТ) — один из ведущих гематологических центров в России, а также крупнейший в нашей стране и 4-й по величине в Европе центр ТКМ. В ИДГиТ организованы четыре отделения ТКМ (для детей, для детей с онкологическими заболеваниями, для подростков, для взрослых), ОРИТ, отделение анестезиологии и

реаниматологии, амбулаторно-поликлиническое отделение и целый ряд лабораторных и вспомогательных подразделений.

Структура, оснащенность и кадровое обеспечение ИДГиТ позволяют проводить все виды лечения пациентов с заболеваниями системы крови, солидными опухолями и наследственными заболеваниями, в т. ч. аллогенные трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) от родственного, неродственного или гаплоидентичного родственного донора, стволовых клеток пуповинной крови.

Высокая интенсивность работы ИДГиТ определила необходимость создания отдельного ОРИТ в структуре центра. В ОРИТ развернуто 12 коек, 5 из которых размещены в отдельном блоке, занимающем вместе с экспресс-лабораторией отдельный этаж здания. Еще 7 коек находятся в палатах ИТ, расположенных в каждом отделении ТКМ. Палаты реанимационного блока одноместные, ИТ — 1–2-местные. Все палаты обеспечены необходимыми условиями для ведения пациентов, находящихся в глубокой иммуносупрессии.

Работа врачей ОРИТ предполагает различные виды взаимодействия с врачами-гематологами: обсуждение пациентов при необходимости коррекции терапии; совместное ведение пациента в отделении ТКМ при развитии тяжелых осложнений; лечение пациента в реанимационном блоке при развитии угрожающих жизни состояний, необходимости ИВЛ, после

оперативных вмешательств совместно с врачами-гематологами и специалистами-консультантами.

Различные пути взаимодействия между врачами ТКМ и ОРИТ позволяют обеспечивать оптимальное наблюдение за пациентом, помощь врачебного и среднего медицинского персонала и объем терапии на разных стадиях развития того или иного осложнения.

Ежегодно в центре проводится около 200 трансплантаций. В 2010 г. в отделении ТКМ для взрослых ИДГиТ выполнено 95 ТГСК, из них 51 (53,5 %) — аллогенные и 44 (46,5 %) — аутологичные. Частота перевода в ОРИТ пациентов отделения ТКМ для взрослых составила в 2010 г. 28 % (76 из 270 госпитализированных), частота перевода в ОРИТ взрослых больных после ТКМ — 40 %. Из госпитализированных в течение года в ОРИТ пациентов 26 % были переведены из отделения ТКМ для детей, 28 % — из отделения для подростков и 43 % — из отделения для взрослых. Причины перевода в ОРИТ пациентов в посттрансплантационный период представлены в табл. 5.

ИДГиТ — клиника СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, что определяет также научную направленность работы подразделений института. Научно-исследовательская работа проводится совместно врачами-гематологами и анестезиологами-реаниматологами, что также способствует более эффективному взаимодействию между службами.

Таблица 5. Причины перевода пациентов в отделение реанимации и интенсивной терапии после трансплантации гемопоэтических стволовых клеток

Причина перевода	Частота, %
Острая РТПХ	25
Острая почечная недостаточность	21
Острая печеночная недостаточность	13
Тяжелый сепсис/септический шок	12
Острое нарушение сознания	10
Тяжелый мукозит	8
Геморрагический цистит	7
Респираторный дистресс-синдром	4

Выработанные подходы к совместному ведению пациентов в отделениях ТКМ и ОРИТ позволяют находить оптимальную терапевтическую тактику при развитии таких осложнений, как тяжелый сепсис и септический шок, тяжелая острая РТПХ, полиорганная недостаточность, респираторный дистресс-синдром, тяжелые метаболические расстройства, острое нарушение мозгового кровообращения и др. Это в значительной степени определяет эффективность терапии основного заболевания и выживаемость пациентов, перенесших ТГСК.

Выбор типа взаимодействия между врачами-гематологами и врачами-реаниматологами должен определяться интенсивностью работы гематологического или трансплантационного центра и возможностями ОРИТ. Создание специализированных отделений ИТ в крупных гематологических клиниках позволяет обеспечить высокую эффективность проводимой терапии, и в первую очередь ТГСК.

ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ФГБУ ГНЦ МЗиСР РФ

(Г.М. Галстян, В.М. Городецкий)

ИТ больных с заболеваниями системы крови — новая область гематологии и реаниматологии. Ее рождение непосредственно связано с успехами современной программной противоопухолевой ХТ, которая позволила добиться излечения многих опухолевых заболеваний системы крови, считавшихся ранее фатальными, но при этом сопровождалась ростом числа смертельно опасных осложнений, чреватых летальным исходом до достижения терапевтического эффекта. В одном из первых анализов эффективности ИВЛ у больных гемобластомами было установлено, что 6-месячная выживаемость у них составляет 3 %. Принимая во внимание малую эффективность и большую стоимость

лечения, высокую смертность, достигавшую 80–95 %, авторы усомнились в целесообразности проведения ИТ у этого контингента больных — «не все должно быть сделано, что может быть сделано». Первые результаты ИТ у гематологических больных усиливали впечатление безысходности: 100%-я летальность при септическом шоке, 100%-я летальность среди больных, переведенных на ИВЛ. Больных с тяжелой дыхательной недостаточностью, выраженной гипоксемией до последнего момента старались не переводить на ИВЛ, поскольку интубация трахеи ассоциировалась у них со смертельным приговором. Катетеризация центральной вены у больного острым лейкозом с тромбоцитопе-

нией и геморрагическим синдромом считалась противопоказанной, ее выполнение было почти подвигом, а о пункции и катетеризации артериальных сосудов, инвазивном мониторинге центральной гемодинамики не могло быть и речи. Это сегодня клиническому ординатору отделения реанимации ГНЦ кажется вполне естественным, что больному в состоянии агранулоцитоза, с тромбоцитопенией после курса ХТ, которому проводится инотропная поддержка, следует обязательно инвазивно измерять АД, осуществлять динамический контроль внутригрудных объемов крови, сердечного выброса, что при длительной ИВЛ выполняют трахеостомия, что такой больной должен находиться