



Рис. 3. Общая выживаемость больных (прошедших палату интенсивной терапии) с (1) паренхиматозной и (2) обструктивной ОДН

руками реаниматолога» представляется малоперспективным. Конечно, гематолог должен знать основы реанимации, однако реаниматология — это отдельная специальность. Грамотно проводить ИВЛ, инвазивный мониторинг центральной гемодинамики, энтеральное и парентеральное питание, заместительную почечную терапию, лечить больных с септическим шоком и полиорганной недостаточностью, выполнять трахеостомию и т. д. невозможно от случая к случаю. Кроме врача реаниматолога для лечения

таких больных требуется и хорошо обученный, имеющий постоянный опыт работы в ИТ средний и младший медицинский персонал. Подобный опыт не может набираться от случая к случаю. С другой стороны, создание небольшого (1–3 койки) отдельного специализированного ОРИТ в многопрофильном стационаре, где всего 30–40 гематологических коек, также нецелесообразно. Представляется рациональным в многопрофильных стационарах, где есть гематологическое отделение на 40–60 коек, выделение

в составе реанимационного отделения коек для гематологических больных, желательно в изолированных одноместных боксах для совместного ведения этих больных гематологом и реаниматологом. Проведение совместной работы будет взаимно обогащать врачей знаниями и навыками. Вопросы перевода больного в отделение реанимации (возможно, планового) и обратного возвращения больного на прежнюю территорию всегда должны решаться коллегиально гематологом и реаниматологом.

ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ГВКГ ИМ. Н.Н. БУРДЕНКО

(С.В. Шаманский, О.А. Рукавицын)

Гематологический центр ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, имеет штатную коечную емкость 92 койки и состоит из четырех отделений: 3 гематологических и ОРИТ. ОРИТ ГВКГ им. Н.Н. Бурденко существует с октября 1998 г. и имеет 10 асептических боксов и 2 реанимационные койки (реанимационный зал).

В отделении на штатных должностях анестезиолога-реаниматолога работают врачи-гематологи, имеющие сертификаты как по гематологии, так и по анестезиологии-реаниматологии. Все врачи отделения помимо манипуляций, необходимых для врача-гематолога, владеют методикой катетеризации центральных вен, проводят лейкаферезы и плазмаферезы, ИВЛ. В круглосуточных дежурствах по центру (дежурный гематолог) принимают участие все врачи центра. Отдельных дежурств по отделению ИТ и реанимации нет. При возникновении проблем, связанных с оказанием реанимационной помощи больным гема-

тологического центра (как правило, перевод больных на ИВЛ), пациента переводят в реанимационный зал нашего отделения и, если врач не имеет навыков интубации и проведения ИВЛ, а также в других сложных случаях на помощь призывается дежурный анестезиолог-реаниматолог из центра анестезиологии-реанимации.

Об эффективности работы отделения свидетельствуют ее результаты. Так, в 2010 г. в отделении лечилось 160 пациентов, выполнено 16 ТКМ (1 аллоТКМ), проведено 106 курсов ВХТ. Общая летальность в отделении в 2010 г. составила 8 %. В реанимационный зал поступило 14 больных (9 % всех лечившихся). Любопытно, что из боксов в реанимационный зал в 2010 г. никто не переводился, 12 пациентов были переведены из других отделений гематологического центра, 2 — из приемного отделения. 50 % больных поступали в пятницу или в выходные дни. Нозологическая структура поступивших больных была следующей:

острый миелоидный лейкоз — 6 пациентов (2 — первичных, 3 — в ремиссии, 1 — прогрессирование); острый лимфобластный лейкоз — 2 (1 — первичный, 1 — прогрессирование), множественная миелома — 3 (прогрессирование — 1); неходжкинские лимфомы — 2 (прогрессирование — 1), рак желудка (агранулоцитоз, синдром Лайелла) — 1. Возраст поступивших в реанимационный зал больных составил 20–78 лет. Непосредственной причиной поступления в реанимационный зал послужили: тяжелые инфекции — 11 (бактериальный сепсис — 6, локализованная инфекция — 5, септический шок — 7); геморрагический инсульт — 2; массивное желудочно-кишечное кровотечение — 1. При поступлении 6 пациентов были с агранулоцитозом, 4 — с прогрессией основного заболевания. В 4 случаях проводилась ИВЛ длительностью от 2 ч до 5 дней, 8 пациентов получали инотропную поддержку. Продолжительность

пребывания в реанимационном зале составила 2,1 дня (от нескольких часов до 5 дней). Летальность в данной группе пациентов составила 70 %, из 14 пациентов погибло 10. Высокая летальность, вероятно, была обусловлена прежде всего тяжелым состоянием больных, дополнительным фактором, возможно, стал поздний перевод в реанимационный зал.

Возможно ли совмещение отделения ТКМ и отделения реанимации? Нет! Поскольку совместное (на одной территории) размещение пациентов с глубокой иммуносупрессией и тяжелыми инфекциями, а, как правило, в ОРИТ поступают пациенты с тяжелыми инфекциями, недопустимо. Кроме того, совмещение функций мешает развитию этих направлений интенсивной гематологии. В ОРИТ должны работать генуинные реаниматологи с гематологическим образованием. При этом нет необходимости иметь два образования (гематологическое и реаниматологическое). Врач-реаниматолог, работающий с гематологическими пациентами, должен знать базисные принципы гематологии: острый лейкоз — излечимое заболевание, побочные действия цитостатиков и др. С другой стороны, в отделении ТКМ должны работать гематологи со знаниями основ реаниматологии, т. е. уметь проводить сопроводительную ИТ, знать принципы мониторинга пациентов и др. Средний медицинский персонал как в ОРИТ, так и в отделении ТКМ должен иметь квалификацию медсестры-анестезиста. Штат отделения ТКМ должен соответствовать штату реанимационного отделения, и техническое оснащение в плане мониторов, лабораторного оборудования, инфузионной техники должно быть примерно одинаковым.

В идеале в структуру онкогематологического объединения, с нашей точки зрения, должно входить специализированное ОРИТ в виде отдельного подразделения.

К нерешенным проблемам необходимо отнести вопросы показаний к переводу в отделение ОРИТ (кого, когда). При этом следует учитывать перспективы курабельности опухолевого заболевания, возраст пациента,

другие факторы, поскольку экономические затраты на проведение ИТ и реанимации гематологических больных и их эффективность значительно отличаются от таковых у пациентов с неонкологической патологией.

В заключение хотелось бы отметить, что правильная организация лечебного процесса, сопроводительная (адекватная) ИТ, равно как и интенсивное мониторирование (клиническое и лабораторное) пациента, со своевременной реакцией на изменение клинических и лабораторных показателей будут надежной профилактикой ИТ критических состояний.

Раннее привлечение консультанта-реаниматолога

Опыт центров, принимавших участие в работе «круглого стола», свидетельствует, что практика раннего привлечения реаниматологов к совместно ведению гематологических больных оказалась высокоэффективной при всех типах организации взаимодействия: и в случае специализированного ОРИТ (клиника ИДГиТ), и при выделении специализированных палат ИТ в составе отделения гематологии/ТКМ (отделение ТКМ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН), и при общем ОРИТ (ФГУ НМХЦ им. Н.И. Пирогова).

Начать надо с осознания того факта, что современное лечение гематологических больных без привлечения реаниматологической службы невозможно, а совместная работа должна начинаться на раннем этапе лечения пациента. В.В. Иванов отметил: «Нам кажется, было бы правильно привлекать реаниматолога уже для оценки степени риска проведения ВХТ при поступлении пациента, при отборе пациентов для выполнения ТКМ и выбора схем кондиционирования. Более тесное сотрудничество в этом вопросе может повлиять на уменьшение как летальности, так и количества осложнений в постцитостатический период. Наш опыт показывает, что чем раньше пациент был представлен реаниматологу, тем меньше риск печального исхода». Н.Г. Тюрина подчеркнула: «Особое внимание должно быть уделено первичным больным с большим объемом опухолевой массы, больным,

интенсивно леченым на предыдущих этапах, пациентам с клиническими признаками инфекционного процесса или с наличием серьезных сопутствующих заболеваний, пожилым пациентам». «На опыте отделений детской онкогематологии ГКБ № 31 С.-Петербурга, где налажена **постоянная работа тандема гематологов и реаниматологов с каждым (!) пациентом, подлежащим интенсивной ИТ**, стало очевидно, что мероприятия ИТ, направленные на профилактику критических и угрожающих жизни состояний, существенно увеличивают шансы на успешное лечение гематологического заболевания и, в конечном итоге, позволяют сократить затраты на лечение», — сообщает А.В. Климович.

Совместное ведение гематологического пациента на этапе неотложной терапии для предотвращения критических состояний и перевода в ОРИТ служит основой успеха междисциплинарного взаимодействия. По мнению большинства участников «круглого стола», вопрос о специальном образовании для гематолога в области реаниматологии и реаниматолога в области гематологии не может рассматриваться в качестве эффективного как с медицинской, так и юридической точки зрения. «Хотя общее понимание реаниматологом принципов проведения ИТ больным лейкозом или информированность гематолога о показаниях к респираторной поддержке, безусловно, важно, нет ничего более ценного, чем взаимное доброжелательное общение и обоюдный интерес к смежной специальности при четком разграничении обязанностей, полномочий и ответственности», — заключил В.В. Иванов.

Возникновение новых и дальнейшего развитие уже существующих гематологических отделений делают взаимодействие гематолог—реаниматолог жизненно необходимым. Инициатива РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН была поддержана на очередном заседании Национального гематологического общества (3 февраля 2011 г.), на котором было запланировано продолжить работу по данной актуальной теме.

