

## Интенсивная сопроводительная терапия в гематологии (материалы «круглого стола»)

Подготовили С.Н. Абдусаламов, канд. мед. наук К.Н. Мелкова

19 января 2011 г. в РОНЦ им. Н.Н. Блохина был проведен «круглый стол» на тему: «Интенсивная сопроводительная терапия в гематологии». Советование организовано в рамках плана проведения конгрессов, съездов, форумов, конференций и других научно-организационных мероприятий РАМН по медицинским проблемам.



В настоящее время обеспечение высокого профессионального уровня ведения гематологических больных невозможно без эффективного междисциплинарного взаимодействия. По мере освоения гематологами интенсивных, в т. ч. высокодозных (ВХТ), программ химиотерапии (ХТ), онкогематологические больные стали нуждаться во все более сложной сопроводительной терапии, включающей элементы интенсивной терапии (ИТ), которая обычно проводится реаниматологами. Однако на практике врачи отделений реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) привлекались к ведению гематологических пациентов редко и преимущественно на терминальных этапах (для поддержания и протезирования витальных функций). Это породило стойкое предубеждение как реаниматологов относительно лечения гематологических больных («они все умрут»), так и гематологов по отношению к роли реаниматолога («они всех похоронят»). Для успешного проведения ИТ неот-

ложных и критических состояний в гематологической практике требуется преодоление определенного психологического барьера как у реаниматологов, так и у гематологов. Целью настоящего (первого в нашей стране) междисциплинарного совещания стали обмен опытом (как положительным, так и отрицательным) по основным вопросам взаимодействия гематолог—реаниматолог и разработка совместной концепции ведения гематологического больного, нуждающегося в ИТ.

В работе «круглого стола» приняли участие более 40 специалистов из 16 гематологических центров России. В большинстве случаев каждый центр был представлен как врачами-гематологами, так и анестезиологами-реаниматологами. Также участвовали врачи других специальностей (онкологи, трансфузиологи, профпатологи и др.), имеющие опыт работы в отделениях ИТ и трансплантации костного мозга (ТКМ). Собственный опыт и

анализ ситуации представили в выступлениях и прениях многие участники из Москвы и регионов: РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН (отделение ТКМ и интенсивной ХТ — К.Н. Мелкова, С.Н. Абдусаламов); ФГБУ ГНЦ МЗиСР РФ (отделение ТКМ — В.Г. Савченко, Л.П. Менделеева, Е.О. Грибанова и ОРИТ — Г.М. Галстян); ИДГиТ им. Р.М. Горбачевой СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова (В.Н. Вавилов, О.В. Голощапов); МНИОИ им. П.А. Герцена (Н.Г. Тюрина, В.Э. Хороненко); ГВКГ им. Н.Н. Бурденко (С.В. Шаманский, О.А. Рукавицын); ГУЗ НОКБ им. Н.А. Семашко, Н. Новгород (Т.А. Галанина, О.С. Самойлова); ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова (В.В. Иванов); ФГУ НМХЦ им. Н.И. Пирогова (В.Г. Гусаров, В.Я. Мельниченко); ГКБ № 31, С.-Петербург (А.В. Климович); ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России (Л.А. Фарафонова); ГУЗ «Волгоградский областной клинический онкологический диспансер № 1» (К.Д. Капланов).

## ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО ОРГАНИЗАТОРОВ СОВЕЩАНИЯ

(С.Н. Абдусаламов, К.Н. Мелкова)

Представлены данные предварительного опроса участников «круглого стола» (табл. 1), по результатам которого были сформулированы вопросы, вынесенные на обсуждение (табл. 2). Опрос специалистов показал, что 87 % реаниматологов выступают за участие в ведении гематоло-

гических пациентов на всех этапах проведения ИТ, считая, что своевременность их привлечения положительно повлияет на результаты лечения. При этом 64 % опрошенных гематологов не готовы к раннему совместному сотрудничеству, осуществляя перевод пациента в ОРИТ

только для аппаратного поддержания жизни; почти 50 % гематологов считают возможным проводить инотропную и вазоактивную поддержку в отделении гематологии. Формальных критериев для привлечения реаниматолога (и в качестве консультанта, и для перевода в ОРИТ) в

большинстве центров нет, показания чаще оцениваются как «индивидуальные» и «субъективные». Только в двух центрах придерживаются объективных критериев оценки состо-

яния пациента с учетом временных показателей стабилизации больного и предполагаемой необходимой нагрузки на медицинский персонал. В целом менее 1/3 респондентов оце-

нивают существующую систему взаимодействия как удовлетворительную, остальные считают ее либо неудовлетворительной, либо требующей доработки.

Таблица 1. Результаты предварительного анкетирования участников «круглого стола»

Вопрос	Результаты опроса	
Необходимость в интенсификации сопроводительной терапии с привлечением реаниматолога для консультации	Отделения гематологии	3–15 %
	Отделения ТКМ	22–40 %
Частота перевода в ОРИТ	Отделения гематологии	1,8–7 %
	Отделения ТКМ	1,5–20 %
Основные причины перевода в ОРИТ*	Тяжелые инфекционные осложнения	60–74 %
	в т. ч. септический шок	17–20 %
	Острая дыхательная недостаточность	До 40 %
	Острая почечная недостаточность	10 %
Летальность гематологических больных, переведенных в ОРИТ	Веноокклюзионная болезнь	5 %
	Отделения гематологии	30–52 %
	Отделения ТКМ	25–100 %
Оценка существующей системы взаимодействия гематолог–реаниматолог	Удовлетворительно	28,2 %
	Требует доработки	56,4 %
	Неудовлетворительно	15,4 %

\* В т. ч. при прогрессировании основного заболевания (5–90 %).

Таблица 2. Проблемы взаимодействия гематолог–реаниматолог

Проблема взаимодействия	Вопросы для обсуждения
Отсутствие формальных критериев обращения к реаниматологу	Формализованные критерии (формулировка критериев — задача реаниматологов): • для консультации реаниматолога • для перевода в ОРИТ
Проблемы перевода гематологического больного в ОРИТ	Сложность поддержания асептического режима Преимущества назначений: • цитостатическая терапия • противомикробная терапия и др. Сроки обращения к реаниматологу: • целесообразность раннего обращения • только для поддержания витальных функций
Обученность персонала	Ориентированность гематолога в ИТ: • парентеральное питание, инфузионная терапия, форсированный диурез, КОС и др. Ориентированность реаниматолога в гематологии: • тромбоцитопения, реакция «трансплантат против хозяина», специфические синдромы, лекарственные средства и др. Штатное расписание и нагрузка на персонал

Таблица 3. Основные способы организации взаимодействия между гематологической и реаниматологической службами (В.Н. Вавилов, О.В. Голощапов, Б.В. Афанасьев)

Способ взаимодействия и принципы работы	Преимущества	Недостатки
Классический способ, когда отделения гематологии и/или ТКМ и ОРИТ — самостоятельные подразделения многопрофильного лечебного учреждения. В ОРИТ могут быть развернуты специализированные койки для гематологических больных	Высокая квалификация реаниматологов многопрофильного стационара	Не всегда можно обеспечить полную преемственность и адекватные условия пребывания пациента при переводе из одного отделения в другое
Врачи-реаниматологи включены в штат отделения гематологии и/или ТКМ. В отделении могут быть выделены специализированные палаты ИТ	Наиболее тесное взаимодействие и преемственность между специалистами	Данная схема может быть использована только в небольших гематологических и трансплантационных подразделениях
ОРИТ — отдельная структура в составе гематологического и/или трансплантационного центра (клиники)	Оптимальное сочетание эффективного взаимодействия и высокой квалификации специалистов	Недостатки практически отсутствуют, однако схема может быть эффективно реализована только в достаточно крупных центрах и требует чрезвычайно высокого инструментального и лабораторного обеспечения

Ни один из существующих типов организационного взаимодействия (табл. 3) не был признан идеальным. Однако наибольшее количество проблем предсказуемо отмечалось при работе с общим ОРИТ в многопрофильных лечебных учреждениях. Только в 1 из 8 случаев удалось полностью наладить эффективную совместную работу. Участники «круглого стола» подчеркнули отсутствие регламентированного взаимодействия между гематологом и реаниматологом при ведении тяжелого

гематологического больного. В основу взаимоотношений обычно положен принцип индивидуальных переговоров, что, безусловно, отрицательно сказывается на исходах ХТ и серьезно ограничивает широкое внедрение наиболее эффективных программ ИТ.

Выступления с освещением собственного опыта работы и дальнейшая активная дискуссия по поставленным вопросам выявили как совпадения, так и противоположные взгляды на некоторые из существующих проблем и возможные пути их решения.

### Устаревшие нормативная база и штатное расписание

Как отметила А.В. Климович: «Деятельность отделений онкогематологии имеет более чем скудную и преимущественно устаревшую нормативную и методическую базу. Регламентирующими документами по-прежнему считаются приказы № 824 от 16.11.1988 г. «О мерах по дальнейшему совершенствованию качества медицинской помощи больным с заболеваниями системы крови» и № 31 от 25.02.1991 г. «О внедрении в практику здравоохране-

ния ТКМ». Очевидно, что эти приказы были созданы еще тогда, когда стандарты оказания помощи в онкогематологии не подразумевали столь широкого проведения ВХТ. Они не отражают реальных потребностей современной практики ни по материально-техническому, ни по кадровому обеспечению (например, 1 врач-гематолог на 12 пациентов, 1 ставка врача-реаниматолога на 30 коек)». Отсутствие штатного дежурного гематолога существенно влияет на адекватность и полноту помощи по дежурству. Н.Г. Тюрина сообщила: «Как и во многих стационарах, у нас нет дежурного врача-гематолога. Тяжелые больные передаются под наблюдение дежурной бригаде, состоящей преимущественно из хирургов». «Лечебные назначения врачей других специальностей тяжелым онкогематологическим пациентам были сами по себе серьезной проблемой», — заметил К.Д. Капланов. Как сказала Т.А. Галанина, «многие гематологические больные продолжают лечение в отделении гематологии, хотя по формальным признакам должны быть переведены в ОРИТ, что не позволяет сделать дефицит реанимационных коек». Частое отсутствие свободных коек в отделении ОРИТ для гематологического больного по причине загруженности пациентами хирургических отделений стационара отмечают и другие участники. Согласно А.В. Климович, «при анализе комиссией по изучению летальных исходов 2 историй болезни стало очевидно, что задержка в переводе в ОРИТ из-за недооценки реаниматологами показаний к переводу пациентов значимо повлияла на исход заболевания». «Необходимо подвести нормативную базу, отвечающую совре-

менным требованиям, формализовать отношения гематолога и реаниматолога, что станет существенным подспорьем в решении проблемы взаимодействия для областных и муниципальных ЛПУ», — заключила О.С. Самойлова.

**Формализованные критерии привлечения реаниматолога и перевода в отделение реанимации и интенсивной терапии**

Отсутствие четких показаний для привлечения реаниматолога констатировало большинство выступавших. Как отметил В.Г. Гусаров, решающую роль при этом играет опыт врача-гематолога (т. е. неформальный фактор). «Многое зависит от своевременности приглашения на консультацию врача анестезиолога-реаниматолога, который, в свою очередь, определяет показания к переводу в ОРИТ. В нашем центре реаниматолог привлекается на ранних этапах при развитии осложнений после проведения ХТ, вопрос о переводе в ОРИТ решается в случае отсутствия стабилизации состояния пациента при совместном ведении (в течение 6–24 ч)», — сказал он. Все центры, практикующие тактику раннего привлечения реаниматолога к ведению гематологического больного, считают ее оправданной.

Формальные критерии ухудшения состояния пациента, требующие обязательной интенсификации наблюдения и лечения (табл. 4), были представлены С.Н. Абдусаламовым: «В листе наблюдения, простом и доступном для быстрого исполнения как врачом, так и медицинской сестрой вне зависимости от их стажа

работы и специализации, учитываются показатели, оценка которых отражает состояние жизненно важных функций организма человека. Наличие формальных признаков служит триггером для дальнейшего диагностического поиска и коррекции ИТ (терапия неотложных и критических состояний соответственно). Данная тактика взаимодействия показала свою эффективность. Анализ 69 аутологических ТКМ (аутоТКМ), выполненных в нашем центре после начала использования модифицированных правил работы отделения, выявил значительное сокращение частоты угрожающих жизни осложнений. Консультация реаниматолога на этапе неотложной терапии потребовалась 15 (22 %) пациентам, с дальнейшим прогрессированием полиорганной недостаточности (перевод в реанимационный зал, проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ), инотропной поддержки, гемодиализа) — в 1 (1,5 %) случае, при этом летальности, связанной с ТКМ, в этой группе не наблюдалось. В группе из 14 пациентов с аллогенной ТКМ (аллоТКМ) консультация реаниматолога с коррекцией сопроводительной терапии потребовалась в 8 (57 %) случаях. При этом дальнейшее утяжеление состояния (переход до уровня критического состояния с переводом в реанимационный зал) наблюдалось у 2 (14 %) пациентов. В одном случае показанием к переводу была необходимость проведения аппаратного поддержания жизни (гемодиализ, неинвазивная вентиляция легких); длительность пребывания в ОРИТ составила 9 дней; после

**Таблица 4.** Градация интенсивности наблюдения и формальные критерии оценки состояния больного (раннее привлечение реаниматолога)

Уровень интенсивности наблюдения и ведения больного	Базовая сопроводительная терапия	Терапия неотложных состояний	Терапия критических состояний
Где выполняется	Отделение гематологии и/или ТКМ	Палата ИТ в отделении гематологии и/или ОРИТ	ОРИТ или реанимационный зал
Проводит	Гематолог при соответствующей подготовке	Гематолог, обязательно привлечение реаниматолога в качестве консультанта	Реаниматолог, но с обязательным участием гематолога
Мониторинг	Каждые 6 ч	Контроль мониторируемых параметров каждые 30–60 мин до стабилизации состояния пациента	Постоянно
Формальные критерии	Рутинный мониторинг АД, частоты пульса, дыхания, температуры тела, диуреза, массы тела	Наличие любых двух признаков: <ul style="list-style-type: none"> <li>Частота дыхания <math>\geq 25</math> в минуту</li> <li><math>SpO_2 &lt; 90\%</math></li> <li>Систолическое АД <math>&lt; 80</math> и <math>&gt; 190</math> мм рт. ст.</li> <li>Пульс <math>121-140</math> уд./мин</li> <li>Неврологические симптомы (сонливость, реакция на боль)</li> </ul> Новые симптомы: <ul style="list-style-type: none"> <li>Температура <math>&gt; 38</math> и <math>&lt; 35,5</math> °C</li> </ul> Болевой синдром: <ul style="list-style-type: none"> <li>средней выраженности</li> <li>сильно выражен</li> </ul>	Наличие одного из признаков: <ul style="list-style-type: none"> <li>Частота дыхания <math>&gt; 35</math> и <math>&lt; 8</math> в минуту</li> <li><math>SpO_2 &lt; 85\%</math></li> <li>Систолическое АД <math>&lt; 70</math> мм рт. ст.</li> <li>Пульс <math>&gt; 140</math> и <math>&lt; 40</math> уд./мин</li> <li>Отсутствие сознания</li> </ul>
Дополнительные факторы		Острая РТПХ III–IV степени	ИВЛ, инотропная и вазоактивная поддержка, гемодиализ
Системные нарушения, требующие серьезного увеличения нагрузки на персонал		<ul style="list-style-type: none"> <li>Частый контроль витальных функций (каждые 15 мин или чаще) на протяжении <math>&gt; 2</math> ч</li> <li>Необходимость длительного назначения нескольких компонентов крови для достижения и поддержания стабильной гемодинамики</li> <li>Соотношение врач/пациент 1:1 <math>&gt; 2</math> ч</li> <li>Необходимость постоянной работы медперсонала с пациентом на протяжении <math>&gt; 2</math> ч с перерывом <math>&lt; 15</math> мин</li> </ul>	

стабилизации состояния больной продолжил лечение и в дальнейшем был выписан из стационара. Во втором случае тяжесть состояния была обусловлена наличием рефрактерной острой реакции «трансплантат против хозяина» (РТПХ) IV степени с развитием кровоизлияния в ствол головного мозга; проводилась терапия по витальным показаниям (включая ИВЛ, инотропную поддержку); больная погибла. Таким образом, летальность в группе аллоТКМ составила 7%. Внедрение правил градации интенсивности наблюдения на основании формальных критериев оценки витальных функций больного позволило нам своевременно привлекать реаниматолога на ранних этапах возникновения потенциально обратимых осложнений и не допустить прогрессирующего утяжеления состояния больного и его смерти от предотвратимых причин». Крайнюю важность проведения рутинного мониторинга в условиях отделения ХТ подчеркнули и другие выступавшие, заметив, что «это позволяет своевременно фиксировать изменение ситуации и вовремя привлекать на консультацию реаниматолога».

«Для центров гематологии и ХТ, входящих в структуру многопрофильных стационаров и имеющих общий блок реанимации, формальные показания для привлечения реаниматолога и перевода в реанимацию должны быть сформулированы», — считает В.В. Иванов; большинство участников «круглого стола» поддержали эту точку зрения.

### **Роль реаниматолога в лечении гематологических больных**

Практика поздних обращений к реаниматологу (только для перевода в ОРИТ) наиболее распространена по настоящее время. «За 5 лет работы... из 326 пролеченных больных в ОРИТ было переведено 12 пациентов, при этом 8 из них уже в крайне тяжелом состоянии, все эти больные умерли. До перевода в ОРИТ сопроводительная терапия, коррекция КОС, электролитных нарушений и антибактериальная терапия проводились врачом-гематологом в терапевтическом отделении», — сказала Н.Г. Тюрина.

Исходно опасения гематологов по переводу гематологического пациента в ОРИТ во многом обусловлены сложностью организации там режима работы, необходимого пациенту с миелосупрессией и/или иммунодефицитом. «Условия общей реанимации

не соответствуют целям и задачам, которые на сегодня должны выполнять койки реанимации и/или ИТ для онкогематологических больных. Очевидна необходимость изоляции пациентов в состоянии глубокой иммуносупрессии и угнетения кроветворения от пациентов после обширных оперативных вмешательств на органах брюшной полости, пациентов с каловыми перитонитами, тяжелыми гнойно-деструктивными пневмониями» (А.В. Климович). Существенным фактором служат «проблемы с преобладанием назначений, отсутствие согласованной противомикробной, гемостатической и инфузионной тактики» (К.Д. Капланов, Л.А. Фарафонова).

По опыту ряда центров, привлечение реаниматолога для перевода больного в ОРИТ не улучшало исход критического состояния. «Летальность у онкогематологических больных в ОРИТ драматически выше даже по сравнению с больными с тяжелой сочетанной травмой после дорожно-транспортных происшествий (53,3 vs 7 %)! Одна из причин — значительно сниженные резервные возможности их организма» (Т.А. Галанина). Однако и так сложную ситуацию усугубляет «взгляд на гематологического больного со стороны реаниматолога через призму онкологических установок об инкурабельности онкобольного с плохим состоянием по шкале ECOG, признаками начинающейся полиорганной недостаточности и т. д. Таким образом, любой пациент с острым лейкозом на этапе индукционной ХТ рассматривался как заведомо погибающий и бесперспективный» (К.Д. Капланов).

Как необоснованная «неблагоприятность» оценки прогноза реаниматологом, так и неоправданный оптимизм гематолога серьезно осложняют сотрудничество, влияя на исход лечения. На этом достаточно подробно остановился в своем выступлении В.Г. Савченко, подчеркнув, что «реаниматологи — та каста, которую надо уважать, нельзя заставлять их оказывать ритуальные услуги». Гематолог должен информировать реаниматолога о прогнозе основного заболевания, это — одно из обязательных условий профессионального взаимодействия.

Не привлекая (или не имея возможности привлечь) реаниматолога к лечению гематологического больного на раннем этапе, врач-гематолог сталкивается с проблемами ИТ, которые в ряде случаев пытается решить за счет расширения зоны собствен-

ных профессиональных полномочий. По мнению Л.А. Фарафоновой, ВХТ должна выполняться в асептических блоках гематологических отделений, «которые оборудованы всем, что необходимо для проведения ИТ. Но возникает вопрос: кто должен работать в подобных подразделениях? Гематолог, а может быть, реаниматолог? На мой взгляд, ни тот и ни другой. Гематолог, работающий в поликлинике или в отделении, где проводят только стандартную ХТ, без опыта работы, без определенного склада характера не может осуществлять ВХТ и лечение ее осложнений. В свою очередь, и реаниматолог с поверхностными знаниями гематологии не справится с этой работой, т. к. задачи, которые ставит перед собой врач-реаниматолог кардинально отличаются от задач гематолога. А именно, реаниматолог нацелен на восстановление витальных функций организма, он занимается палиативным лечением. От гематолога же требуется своевременно выработать тактику терапии в зависимости от тяжести состояния пациента при поступлении, прогностических данных и **никогда** не терять веру в выздоровление пациента, в связи с этим он нацелен одномоментно проводить специфическую терапию и поддерживать жизненно важные функции организма, что крайне трудно объяснить реаниматологам, при всем моем уважении к ним... В моем понимании гематолог, работающий в асептическом блоке, должен обладать навыками и знаниями реаниматолога».

Ей оппонировал В.Г. Гусаров: «Что касается обучения специалистов гематологии или, наоборот, реаниматологии, то я, например, анестезиолог-реаниматолог и не стремлюсь стать гематологом. Потому что гематология — это бурно развивающаяся специальность, но не менее бурно развивается и реаниматология. Поэтому поглотить эту пучину знаний совершенно невозможно». Его поддержали представители ФГБУ ГНЦ МЗиСР РФ, РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН и ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова: лечение гематологических больных — высокотехнологичный процесс на стыке специальностей; для своевременного грамотного осуществления всех этапов ИТ привлечение реаниматолога обязательно, при этом каждый из специалистов обеспечивает возможность выполнения современных стандартных для каждой специальности протоколов лечения.

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