



ВЕСТНИК

Московского
Онкологического
Общества

**«ДОЛЖНО БЫТЬ СДЕЛАНО ВСЕ,
ЧТО МОЖЕТ БЫТЬ СДЕЛАНО» –
Из принципов современной
интенсивной сопроводительной терапии**

Интернет: www.cancercenter.ru (ronc.ru) //www.rosoncweb.ru //www.netoncology.ru //www.elibrary.ru //www.oncodome.narod.ru

**№ 2
(575)**

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА. ИЗДАЕТСЯ С 1994 г.

2011

ОБЩЕСТВО ОСНОВАНО В 1954 г.

ФЕВРАЛЬ

ЗАСЕДАНИЕ № 575

СОСТОИТСЯ В ЧЕТВЕРГ, **17** ФЕВРАЛЯ 2011 г., в 17.00

В КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛЕ КЛИНИКИ РОССИЙСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА им. Н.Н.БЛОХИНА

Президиум: проф. А.И.Пачес; проф. В.Б.Ларионова, к.м.н. К.Н.Мелкова

Повестка дня: ИНТЕНСИВНАЯ СОПРОВОДИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВЫСОКОДОЗНОМ ЛЕКАРСТВЕННОМ ЛЕЧЕНИИ

Доклад: **ИНТЕНСИВНАЯ СОПРОВОДИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ
В ОНКОЛОГИИ И ГЕМАТОЛОГИИ**

Абдусаламов С.Н., Мелкова К.Н., Горбунова Н.В., Чернявская Т.З.

(отделение трансплантации костного мозга и интенсивной химиотерапии РОНЦ им. Н.Н.Блохина)

Дискуссия: ЭВОЛЮЦИЯ, СОСТОЯНИЕ, ПЕРСПЕКТИВЫ РЕАНИМАЦИИ-ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В ОНКОЛОГИИ И ГЕМАТОЛОГИИ. **Фиксированные выступления в прениях.** Шаманский С.В. (ЦВКГ им. Н.Н.Бурденко), Строяковский Д.Л. (Московская онкологическая больница № 62), Галстян Г.М. (Гематологический научный центр)

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ГЕМАТОЛОГОВ И РЕАНИМАТОЛОГОВ МАТЕРИАЛЫ КРУГЛОГО СТОЛА



Во время круглого стола (19.01.2011) в РОНЦ им. Н.Н.Блохина обсуждалась проблема проведения адекватной интенсивной сопроводительной терапии гематологических больных, обеспечения эффективного взаимодействия реаниматологов и гематологов.

Актуальность проблемы обусловлена исторически сложившейся практикой, в соответствии с которой по мере освоения более интенсивных химиотерапевтических программ гематологи параллельно осваивали навыки проведения интенсивной терапии, а реаниматологи привлекались к ведению гематологических пациентов лишь изредка и преимущественно в терминальной стадии заболевания. Это привело с одной стороны к стойкому предубеждению реаниматологов относительно лечения гематологических больных, а с другой – к недооценке гематологами роли врачей-реаниматологов в лечении их пациентов. Целью состоявшегося, первого в России междисциплинарного совещания стал обмен опытом (как позитивным, так и негативным) по основным вопросам взаимодействия гематологов и реаниматологов, а также – разработка совместной концепции ведения гематологических больных, нуждающихся в интенсивной терапии.

На фото: Рабочий момент круглого стола. На трибуне проф. В.Н.Вавилов (ИДГиТ им. Р.М.Горбачевой); в президиуме – доцент С.Н.Абдусаламов (РОНЦ им. Н.Н.Блохина), проф. Л.П.Менделеева (Гематологический научный центр)

(Продолжение – см. с. 2)

КРУГЛЫЙ СТОЛ ГЕМАТОЛОГОВ И РЕАНИМАТОЛОГОВ

В работе круглого стола приняли участие более 40 сотрудников из 16 гематологических центров России. Среди них – РОНЦ им. Н.Н.Блохина, Гематологический научный центр, Институт детской гематологии и трансплантологии им. Р.М.Горбачевой и Государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова (Санкт-Петербург), Гематологический центр ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, МНИОИ им. П.А.Герцена, Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова, Федеральный медико-биофизический центр им.А.И.Бурназяна, областная клиническая больница им. Н.А.Семашко (Н.Новгород), Национальный медицинский хирургический центр им. Н.И.Пирогова (Москва), городская клиническая больница №31 (Санкт-Петербург), Медицинский радиологический научный центр (Обнинск), Волгоградский областной клинический онкодиспансер №1 и др.

Большинство учреждений были представлены врачами-гематологами и анестезиологами-реаниматологами. По данным предварительного опроса участников круглого стола 3-15% пациентов гематологических отделений и 22-70% пациентов отделений ТКМ нуждаются в привлечении реаниматолога для консультаций и/или совместного ведения пациентов, из них соответственно до 7 и 20%, нуждаются в переводе в ОРИТ. Критерии, обосновывающие необходимость консультации реаниматолога и перевода в ОРИТ не разработаны. Наиболее частыми причинами перевода в ОРИТ названы следующие: инфекционные осложнения (60-74%), в т.ч. септический шок (17-20%), острая дыхательная недостаточность (до 40%), острая почечная недостаточность (до 10%), тромбозы и эмболии (5%), прогрессирование основного заболевания. Летальность среди гематологических больных, госпитализированных в ОРИТ после стандартных курсов химиотерапии соответствует 30-52%, а после ТКМ – 25-100%. Опрос специалистов также показал, что 87% реаниматологов выступают за участие в ведении гематологических пациентов на всех этапах проведения интенсивной терапии. Напротив, 64% опрошенных гематологов не готовы к раннему сотрудничеству с реаниматологами и предпочитают переводить пациента в ОРИТ лишь в критических состояниях, требующих аппаратного жизнеподдержания. В целом лишь менее трети респондентов оценили взаимодействие гематологов и реаниматологов как удовлетворительное; при этом каждый второй отметил, что такое сотрудничество специалистов требует неотложного организационного совершенствования.

Мнения, высказанные участниками опроса, стали основой для обсуждения вопросов, столь важных для профессионального сообщества гематологов и реаниматологов. Отмечено три способа организации взаимодействия этих специалистов (табл.):

Таблица.

Основа организации взаимодействия гематологов и реаниматологов

Способ взаимодействия и принципы работы	Преимущества	Недостатки
Отделение гематологии/ТКМ и ОРИТ являются самостоятельными подразделениями многопрофильного учреждения. В ОРИТ могут быть развернуты специализированные койки для гематологических больных	Высокая квалификация реаниматологов многопрофильного стационара	Не всегда возможно обеспечить полную преемственность и адекватные условия пребывания пациента при переводе из одного отделения в другое
Врачи-реаниматологи включены в штат отделения гематологии/ТКМ. В отделении могут быть выделены специализированные палаты ИТ	Наиболее тесное взаимодействие и преемственность специалистов	Данная схема может быть использована только в небольших гематологических и трансплантационных подразделениях
ОРИТ является отдельной структурой 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 всестороннего инструментального и лабораторного обеспечения

Таким образом, представляется, что для крупных гематологических центров и трансплантационных клиник целесообразна организация специализированных ОРИТ, для небольших (менее 50 ТКМ в год) трансплантационных центров – организация специализированных реанимационных коек в отделении ТКМ, с соответствующим штатом реаниматологов. В многопрофильных стационарах, где имеются гематологические отделения мощностью 40-60 коек, рационально выделение коек для гематологических больных, в составе реанимационного отделения (желательно в изолированных одноместных боксах).

Очевидно, интенсификация программ специфической терапии требует проведения высококачественного сопроводительного лечения, как средства предотвращения жизнеугрожающих осложнений. Внедрение предлагаемых разработок в практику здравоохранения требует принятия обязывающих (обязательных для исполнения) административных решений.

ТРУДЫ

МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА



Рефераты сообщений:

PROCEEDINGS OF THE MOSCOW CANCER SOCIETY (№#574; February 17, 2011)

**INTENSIVE SUPPORTIVE CARE IN CANCER PATIENTS
TREATED WITH HIGH-DOSE CHEMOTHERAPY**

Report-1: INTENSIVE SUPPORTIVE CARE IN CANCER PATIENTS TREATED WITH HIGH-DOSE CHEMOTHERAPY. By Dr. S.Abdusalamov, Dr. K.Melkova et al. (The Dept. of bone-marrow transplantation and intensive chemo therapy of the N.N.Blokhin Cancer Research Center).

Discussion: THE EVOLUTION, CURRENT STATUS AND THE PERSPECTIVES OF INTENSIVE SUPPORTIVE CARE IN ONCOLOGY AND HAEMATOLOGY. By Prof. S.Shamansky (The N.N.Burdenko Main Military Hospital); Prof. D.Stroiakovsky (Moscow Cancer Hospital №# 62); Prof. G.Galstian, Prof. V.Gorodetsky (Russian Research Center of Haemotology).

Доклад:**ИНТЕНСИВНАЯ СОПРОВОДИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ
В ОНКОЛОГИИ И ГЕМАТОЛОГИИ**

Абдусаламов С.Н., Мелкова К.Н., Горбунова Н.В., Чернявская Т.З.

(отделение трансплантации костного мозга и интенсивной химиотерапии РОНЦ им. Н.Н.Блохина)

Успехи в онкологии и онкогематологии, достигнутые в 1990-х–2000-х гг., основанные на внедрении в клиническую практику новых, более интенсивных программ лечения, в том числе высокодозной химиотерапии, сопряжены с высоким риском тяжелой органной токсичности. В этой связи возрастает число больных, которым необходимо проведение сопроводительной терапии.

Такая терапия по определению является интенсивной.

Обеспечение высокого профессионального уровня ведения пациентов после химиотерапии предполагает эффективное междисциплинарное взаимодействие, прежде всего – онколога (гематолога) и реаниматолога. Одной из задач нашего исследования стала разработка совместной концепции ведения больного, с назначением интенсивной поддерживающей терапии, после различных, в том числе высокодозных схем химиотерапии.

Оптимизация сопроводительной терапии, в частности, с применением поддержки гемопоэтическими стволовыми клетками, начатая с 2006 г. предусматривала выполнение аллогенных и аутологичных ТГСК, использование миелоаблативных режимов кондиционирования, др. При этом применялась градация интенсивности сопроводительной терапии из трех уровней (уровней интенсивности наблюдения и ведения больного).

Уровень I – «базовая интенсивная сопроводительная терапия». В такой терапии нуждаются все 100% больных, получивших предтрансплантационную химио- или химиолучевую терапию. Объем сопроводительной терапии, условия ухода за пациентом и параметры для мониторинга планируются заранее и определяются, главным образом, особенностями выбранного режима кондиционирования. Контроль физиологических функций и водно-электролитного баланса проводится планомерно каждые 6 часов с соответствующей рутинной коррекцией отклонений. Если проявления органной токсичности (шкала для аутологичных ТКМ Национального института рака) не выходят за рамки I степени тяжести, пациенты обычно не нуждаются в дальнейшей интенсификации сопроводительной терапии. Не нуждаются в дальнейшей интенсификации сопроводительной терапии более половины пациентов после ТГСК. Базовую сопроводительную терапию может проводить врач гематолог или онколог, имеющий соответствующую подготовку.

Уровень II – «неотложная терапия». Появление симптомов, соответствующих показателям неотложной терапии, требует безотлагательного вмешательства дежурного персонала онкологического (гематологического) отделения и консультации врача-реаниматолога. Последующий контроль мониторируемых параметров проводится каждые 30-60 мин с соответствующей коррекцией лечения до стабилизации состояния. Могут использоваться неинвазивный кардиомониторинг, пульсоксиметрия. До 50% больных в посттрансплантационном периоде нуждаются в проведении неотложной терапии. В таком лечении возникнет потребность у всех пациентов с органной токсичностью II степени, а в случаях аллогенных трансплантаций – у больных с острой реакцией «трансплантат против хозяина» (ОРТПХ) III-IV степени тяжести.

Уровень III – «терапия критических состояний». Изменения состояния, угрожающие жизни пациента, требуют немедленного вмешательства врача-реаниматолога. При возникновении любого из признаков уровня критического состояния ведение пациента осуществляется врачом реаниматологом совместно с врачом онкологом (гематологом). Предусматривается постоянный мониторинг до стабилизации состояния пациента. В терапии такого уровня нуждаются, в частности, больные с посттрансплантационной токсичностью III степени тяжести и пациенты, состояние которых требует гемодинамической поддержки, ИВЛ, гемодиализа.

Нами предложены формальные критерии ухудшения состояния пациента, требующие обязательной интенсификации наблюдения и лечения. В листе наблюдения учитываются показатели, оценка которых отражает состояние жизненно важных функций: дыхания, кровообращения, неврологического статуса и терморегуляции.

Внедрение комплекса профилактических мероприятий при проведении аллогенных и аутологичных ТГСК в рутинную практику отделения ТКМ показало эффективность при использовании режимов кондиционирования с максимальной миелоаблативностью (в том числе ТТО-содержащих и аллогенных ТКМ).

В РОНЦ за период 2008-2009 гг. выполнено 69 аутологичных ТКМ. Анализ результатов в этой группе показал значительное сокращение частоты жизнеугрожающих осложнений. Консультация реаниматолога на этапе неотложной терапии потребовалась 15 (22%) пациентам. Дальнейшее прогрессирование полиорганной недостаточности развилась у 1 пациента, при этом летальности, связанной с трансплантацией не наблюдалось.

Аллогенная ТКМ выполнена за этот срок в 14 случаях. Интенсификация сопроводительной терапии с консультацией реаниматолога потребовалась 8 (57%) пациентам этой группы. Дальнейшее ухудшение состояния развилось у 1 пациента, страдавшего острой почечной и дыхательной недостаточностью (что потребовало проведения гемодиализа и неинвазивной вентиляции легких). Летальный исход в одном случае был обусловлен кровоизлиянием в ствол головного мозга на фоне рефрактерной оРТПХ IV степени тяжести.

ВЫВОДЫ

1. Градации интенсивности сопроводительной терапии по критериям оценки жизненных функций онкологических (гематологических) пациентов дают возможность своевременного привлечения консультантов-реаниматологов на ранних этапах возникновения потенциально обратимых осложнений. Своевременное вмешательство реаниматолога позволяет в большинстве случаев не допустить прогрессирующего ухудшения состояния (и летального исхода) от предотвращаемых причин.

2. Предложенный принцип взаимодействия онкологов (гематологов) и реаниматологов основан на международной практике и значительном собственном опыте проведения высокодозной химиотерапии (как с поддержкой ГСК, так и без нее) и представляет практический интерес при проведении химиотерапевтических программ различной интенсивности.

3. Развитие принципов взаимодействия специалистов способствует более активному внедрению в клиническую практику наиболее эффективных интенсифицированных химиотерапевтических программ.



ПРОВОЗВЕСТНИК

ЗАСЕДАНИЕ № 576 Состоится в четверг 31 МАРТА 2011 г.,
в Московском Онкологическом клиническом диспансере №1 (ул.Бауманская д.11)
Повестка дня: **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОНКОЛОГИИ**

«Информирую, следовательно существую!» (лат.)



УДК 616-006. ВЕСТНИК (ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ) МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

Распространяется в ведущих онкологических и медицинских учреждениях Москвы, рассылается в районные онкологические диспансеры Москвы и Московского региона; в Российские республиканские, краевые, областные и городские онкодиспансеры; в онкологические центры государств Содружества.

Высылается также всем действительным членам Общества в Российской Федерации и за ее пределами.

Зарегистрирован (№ ПИ 77-14041 от 29.11.2002) в Министерстве РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Ежемесячный научный журнал. Учредитель — РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН

ISSN 1728-3000 7 7 1 7 2 8 3 0 0 0 0	Председатель Общества	проф. Александр Ильич ПАЧЕС. Москва, 115478, Каширское шоссе 24 (т. /+7 495/ 324-1970)
	Главный редактор	Сергей Михайлович ВОЛКОВ т./+7 925/ 741-9265; т./+7 495/ 324-2600; 324-1115) E-mail: volkov_sm@mail.ru
	Зам. главного редактора	Илья Николаевич ПУСТЫНСКИЙ т. /+7 495/324-1754 Ирина Анатольевна ГЛАДИЛИНА т. /+7 495/ 324-9714
	Ответственный секретарь	Давид Романович НАСХЛЕТАШВИЛИ т. /+7 495/324-9464
	Секретарь-референт	Ираида Ивановна БЕЛЮСОВА т. /+7 495/324-11-55
НАПЕЧАТАНО В ОТДЕЛЕ МНОЖИТЕЛЬНОЙ ТЕХНИКИ РОНЦ им. Н.Н.БЛОХИНА Февраль 2011. Тираж 1000 экземпляров. Подписано в печать 07.02.2011; Заказ 666		