



ВЕСТНИК

Московского
Онкологического
Общества

ОТЧЕТЫ И ВЫБОРЫ (2012):

**МАСШТАБНОСТЬ ОБСУЖДАЕМЫХ ПРОБЛЕМ
РАСКРЫВАЕТСЯ В ИСЧЕРПЫВАЮЩИХ ПОДРОБНОСТЯХ
ПРЕДСТАВЛЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ!**

Интернет: www.ronc.ru // www.rosoncweb.ru // www.netoncology.ru // www.elibrary.ru // www.oncodome.narod.ru // www.cyto.ru

№ 1 ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА. ИЗДАЕТСЯ С 1994 г.
(584) ОБЩЕСТВО ОСНОВАНО В 1954 г.

2012
ЯНВАРЬ

ЗАСЕДАНИЕ № 584

СОСТОИТСЯ В ЧЕТВЕРГ, **26** ЯНВАРЯ 2012 г., в 17.00

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

Президиум:

Проф. А.И. Пачес, проф. В.В. Старинский, проф. А.Н. Махсон, проф. А.М. Сдвижков, проф. В.Д. Чхиквадзе
ПОВЕСТКА ДНЯ:

1) Организационные вопросы: **Отчеты и выборы в Обществе**

Доклад: Проф. А.И. Пачес (Председатель Московского онкологического общества)

Итоги и перспективы работы Московского онкологического общества (отчет за 2010-2011 гг.; планы на 2012-2013 гг.)

Доклад Председателя Ревизионной комиссии Общества, проф. В.В. Брюзгина

Прения по докладу председателя Общества и председателя Ревизионной комиссии

Выборы Правления и Ревизионной комиссии Общества на 2012-2013 гг.

2) Доклад: **Состояние, перспективы интенсивной терапии и реанимации в онкологии**

Свиридова С.П., Огородникова Е.В., Горобец Е.С., Давыдов М.И., Нехаев И.В. (ОРИТ №1), Громова Е.Г. (ОРИТ №2),
Мелкова К.Н. (ОРИТ №3), Типисев Д.А. (ОРИТ №4), Кашия Ш.Р. (ОРИТ №5)
(Российский Онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина)

ПОЛНОЕ СОБРАНИЕ ПРОТОКОЛОВ ЗАСЕДАНИЙ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

Специальные издания трудов Московского онкологического общества выпускаются как сборники протоколов заседаний и выходят в свет с 2000 г. Первый сборник охватывает 2000-2003 гг.



На обложках последующих ежегодников рядом с логотипом издания отражается наиболее значимое событие научно-практической и общественной жизни в профессиональном сообществе онкологов: «50 лет Московскому онкологическому обществу» (2004); «60 лет победы в Отечественной войне 1941-1945 гг.» (2005); «10 лет применения ПЭТ в отечественной онкологии» (2006); «Юбилей в РОНЦ: 55 лет Онкологическому центру, 95 лет основателю РОНЦ – академику Н.Н. Блохину» (2007); «50 лет актуаральных расчетов выживаемости» (2008); «40 лет современной онкохирургии церебральных метастазов» (2009); «20 лет современной видео-онкохирургии» (2010); «125 лет хирургии рака желудка» (2011).

Сборники протоколов 2010-2011 г. переданы в типографию. Их содержание см. на сайте: www.ronc.ru.

Материалы сборника 2010 г. («20 лет современной видео-онкохирургии») открываются подробной исторической справкой о развитии и достижениях видео-онкохирургии – сравнительно нового диагностического и лечебного метода.

Публикации двух заседаний по проблемам видео-онкохирургии иллюстрированы обзором литературы, фотографиями и схемами видео-ассистированных операций.

Материалы 2011 г. насыщены работами по проблемам хирургии рака желудка: эзофагогастрэктомии, спленосохранные операции, эндоскопические мукозэктомии, процедуры гипертермической интраперитонеальной химиотерапии. Разумеется, представлен и достойный информационный повод – 125-летие хирургии рака желудка, чей отсчет начался с исторических операций *Bilroth I (1881)* и *Bilroth II (1885)*. Очевидно, что это событие еще не было достойно отмечено нашими современниками.

Ежегодные сборники протоколов (журналы «Вестник Общества») – важный информационный итог жизнедеятельности профессионального сообщества онкологов.

ТРУДЫ

МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА



Рефераты сообщений:

PROCEEDINGS OF THE MOSCOW CANCER SOCIETY (№ #584; January 26, 2012)

THE LIFE OF THE MOSCOW CANCER SOCIETY

1. REPORTS (on 2010-2011) AND ELECTIONS (for 2012-2014). A report by the President, Prof. Alexander I. Paches, presented the Society's status for 2010-11 and the prospects for 2012-13. More than 1.000 oncologists belong to the Society. Most of them work in city and regional medical institutions in Moscow. Others members include leading oncologists from hospitals throughout Russia and in the neighboring countries. Prof. Vladimir V. Bruzgin, the head of the Revision Commission, presents the assessment of Society's financial condition. Following these reports, the elections of the Society's Executive Board for the years 2012-2013 will complete the official part of the agenda.

2. SPECIAL PRESENTATION: CURRENT STATUS, PROSPECTS FOR FUTURE IN REANIMATION AND INTENSIVE CARE (THE EXPERIENCE OF THE N.N.BLOKHIN CANCER RESEARCH CENTER). According to the Society's tradition official issues, such as «Reports and Elections» are supplemented obligatory with presentations dealing with the problems of general interest in oncology practice. That is why the problems of intensive care & reanimation in the treatment of patients with cancer have been chosen for special presentation.

Current status, prospects for future in reanimation and intensive care have been presented according to data, acquired by the staff of 5 Intensive Care Units (ICU) of the N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center. Standard assistance, concerning reanimation and intensive care is provided in the ICU #1, for post post-surgery patients. Two next departments are specialized for performing detoxication procedures (ICU #2) and bone-marrow transplantations (ICU #3). The ICU #4 deals with reanimation – intensive care in patients with cardio-thoracic problems. It is designated for patients operated on for thoracic malignancies, patients suffering from concurrent ischaemic heart disease and/or others cardiovascular problems. ICU #5 is specialized for the management of reversible emergency cardiovascular problems in non-operated patients, mainly for those who underwent chemotherapy.

All these 5 intensive care units provide their medical assistance using 42 ICU-beds, equipped with modern techniques. Reanimation and intensive care may be given for about 2.000 patients annually.

Is of interest, that approximately 20.000 new persons address annually the out-patient department of the N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center and about 10.000 are admitted at the Center's clinic. In 2010 and 2011 (as well as in the previous years) 7.242 and 7.730 cancer patients were operated on with mortality rate 0,8-1,1%. Such an index may be estimated as rather low.

As considered, it could be obtained not only due to high-level surgery but also due to adequate reanimation and intensive care provided.

1) Организационные вопросы. Отчеты и выборы в Обществе

Доклад: Проф. А.И. Пачес (Председатель Московского Онкологического общества)

Итоги и перспективы работы Московского онкологического общества (отчет за 2010-2011 гг.; планы на 2012-2013 гг.)

Часть I. Число членов Общества. К 2000 г. численность Общества достигла 1000 специалистов и в последующие годы оставалась в пределах 1100-1200 действительных членов¹.

Действительные члены Общества – это специалисты, которые подтверждают свою принадлежность к нашему профессиональному сообществу своевременной выплатой взносов и, в силу своих возможностей, участвуют в общественной жизни.

На 31.12.2011 г. в Обществе состоят 1235 специалистов. Среди действительных членов Общества онкологи из РОНЦ им. Н.Н. Блохина – 765 (61,9%); МНИОИ им. П.А. Герцена – 114 (9,2%); Московской онкологической больницы № 62 – 93 (7,5%); Московского онкологического клинического диспансера № 1 – 77 (6,2%), РНЦ рентгенодиагностики – 49 (4,0%); Московского областного онкодиспансера – 36.

¹ К Обществу имеют отношение «по должности» еще порядка 200 профессионалов. Это районные онкологи Московского региона, главные врачи онкологических диспансеров России, руководители кафедр онкологии медицинских учебных учреждений, директора онкологических центров стран Содружества. Оргкомитет, заинтересованный в распространении материалов профессионального онкологического сообщества, высылает этим специалистам наши информ-бюллетени.

Из 765 членов Общества – специалистов РОНЦ им. Н.Н. Блохина 618 (80,8%) – сотрудники НИИ клинической онкологии. Еще 108 действительных членов Общества – это врачи и научные сотрудники Московских больниц и медицинских НИИ, сотрудники кафедр онкологии московских ВУЗов, врачи военных госпиталей; несколько районных онкологов.

За пределами Московского региона живут и работают 13 действительных членов Общества.

Правление приветствует вступление в Московское онкологическое общество новых специалистов, независимо от их места жительства и производственной деятельности. Для вступления в Общество достаточно обращения и выплаты взноса. Размер взносов специалистов, проживающих за пределами Российской Федерации, определяется стоимостью почтовых расходов на рассылку информационных бюллетеней.

Часть II. Обзор жизнедеятельности.

За 2010-11 гг. проведено 20 заседаний, включая 1 дополнительное, совместное с обществом терапевтов (порядковые номера заседаний 564-583).

В 2010 г. обсуждалась следующая тематика: «Современные возможности лапароскопии в онкологии», «Имплантируемые инфузионные системы», «Лечение больных генерализованным раком почки», «Лечение больных раком молочной железы; заседание № 1 – первично операбельные опухоли», «Резекции и трансплантации печени при гепатобластоме», «Вопросы лапароскопической хирургии рака желудка», «Юбилей: 50 лет Московской онкологической больнице № 62», «Возможности хирургического лечения онкологических больных при сопутствующей ИБС», «Нейроэндокринные опухоли; заседание № 1 – морфологическая и лабораторная диагностика», «Нейроэндокринные опухоли; заседание № 2 – новообразования внутригрудной локализации», «Болевой синдром в онкологии; обмен опытом патогенетической терапии (Антиноцицептивные процедуры)».

Тематика заседаний 2011 г. была следующей: «Одномоментные эзофагогастрэктомии», «Интенсивная сопроводительная терапия при высокодозном лекарственном лечении», «Гипертермическая интраперитонеальная химиотерапия при раке желудка и опухолях брюшины», «Результаты эндопротезирования при опухолях костей и суставов», «Колоректальный рак. Современные принципы диагностики и лечения», «Нейроэндокринные опухоли; заседание № 3 – новообразования желудка, тонкой и толстой кишки», «Современные возможности диагностики и лечения меланомы», «Лечение больных раком молочной железы; заседание № 2 – опухоли с гиперэкспрессией *HER-2* и перспективы анти *HER-2* терапии», «Эндоскопическая хирургия опухолей желудка»; две темы декабрьского заседания: «Успехи детской онкологии (к 80-летию со дня рождения проф. Л.А.Дурнова (1931-2005))» и «Спленосохраняющие операции в хирургии рака желудка».

За отчетный срок заслушано 45 научных докладов, представленных из РОНЦ им. Н.Н. Блохина (27; 60%); МНИОИ им. П.А. Герцена и Московской онкологической больницы № 62 (по 8; 17,7%), Московского онкологического клинического диспансера № 1 (2). Доклады были представлены также из Российского научного центра хирургии им. академика Б.В. Петровского, НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф. Владимирского, Московской городской клинической больницы № 119, различных кафедр 1 МГМУ и МГМСУ.

Значительным информационным итогом жизнедеятельности Общества стал выход в свет сборников протоколов заседаний 2005-2007 гг. В дополнение к ранее опубликованным сборникам материалов 2000-2007 гг., в сотрудничестве с компаниями *V. Braun* и *Pierre Fabre*, за отчетный срок вышли из печати журналы 2008 и 2009 гг. Протоколы 2010-2011 гг. переданы в печать. Их содержание доступно на сайте www.ronc.ru.

Часть III. Бездефицитный бюджет; взносы и платежи. Бюджет Общества формировался из членских взносов и дополнялся доходами издательской деятельности (табл. 1.). Бюджет является бездефицитным. Расходы (табл. 2.) соответствуют доходам.

Таблица 1.

Доходы (взносы) за отчетный срок (2010-2011 гг.) и предшествующие годы

Коллективы, составляющие Общество; число специалистов, состоящих в указанных коллективах	За прежний срок 2008- 2009 гг.	За отчетный срок 2010-2011 гг.
Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина (765)	327.600	336.050
В том числе:		
НИИ клинической онкологии (618)	309.600	316.800
Московский НИИ онкологии им. П.А.Герцена (114)	7.600	27.730
Московская онкологическая больница № 62 (93)	52.400	55.900
Московский онкологический клинический диспансер № 1 (77)	24.300	24.000
Российский научный центр рентгенорадиологии (49)	19.500	14.000
Московский областной онкологический диспансер (36)	10.000	21.600
Всего взносов (вкл. взносы др. коллективов и специалистов)	426.000	479.280
Дополнительные доходы от издательской деятельности		110.000
Всего доходов (с округлением суммы 589.280 руб.)		590.000

За отчетный срок размеры взносов оставались неизменными и составляли 100 рублей для начинающих онкологов (ординаторов и аспирантов), 300 – для дипломированных врачей-онкологов и 500 – для онкологов-руководителей. В клинических подразделениях РОНЦ им. Н.Н. Блохина взносы более дифференцированы – от 100 рублей для ординаторов и аспирантов до 1000 рублей для профессоров и руководителей отделений.

В 2006-2007 гг. взносов поступило 380.000 рублей, в 2008-2009 гг. – 426.000, за отчетный срок 2010-2011 гг. – **479.280**; из них в 2010 г. – 269.800, за 2011 г. – 209.480 рублей. (Отметим, что округленно взносы за отчетный срок составили **480 тыс. руб.**). Наибольшее финансирование Общества (70%; 336 тыс. руб.) поступило от специалистов Онкологического центра. Взнос сотрудников НИИ клинической онкологии составил 66% бюджета (316 тыс. руб.), что адекватно интенсивности участия онкологов РОНЦ им. Н.Н. Блохина в жизнедеятельности нашего профессионального сообщества (см. указанный выше показатель: 60% всех докладов, представленных на заседаниях Общества, поступили от специалистов РОНЦ).

Несмотря на неуклонный рост поступления взносов (с 426 до 480 тыс. руб.; 112%) этих успехов оказалось недостаточно для платежей по возросшим расходам (с 426 до 590 тыс. руб.; 138%) – см. **табл. 2**.

Тем не менее, дефолта не случилось. Общество обеспечило выплаты по расходам и устранило бюджетный дефицит в 110 тыс. руб. из собственных доходов от издательской деятельности (вновь см. **табл.1**).

Таблица 2.

Расходы (платежи) за отчетный срок (2010-2011 гг.) и предшествующие годы

Статьи расходов Общества	За 2006/2007 гг.	За 2008/2009 гг.	За 2010/2011 гг.
1. Подготовка материалов (рефераты, переводы, фотоработы), компьютерная верстка макета информ-бюллетеня.	40.000	62.000	35.000
2. Типографские расходы; печать тиража 10 информ-бюллетеней/год	50.000	60.000	80.000
3. Распространение материалов информационных бюллетеней и сборников протоколов заседаний, включая почтовые расходы	57.337	69.000	112.000
4. Организационные расходы по проведению заседаний	13.000	18.000	20.000
5. Интернет, электронная почта, покупка компьютерных программ	9.000	9.000	0.000
6. Обустройство и содержание офиса Общества	20.000	20.000	20.000
7. Затраты на приобретение и модернизацию компьютерного оборудования	61.000	20.000	0.000
8. Организационные, в том числе юбилейные расходы (выпуск дипломов, покупка ценных подарков)	00.000	20.000	80.000
9. Подготовка, печать тиража сборников протоколов заседаний	117.600	133.000	233.000
10. Канцелярские расходы, затраты на расходные материалы	12.063	15.000	10.000
Всего расходов	380.000	426.000	590.000

Комментарий к расходным статьям позволяет отметить следующее.

Статьи расходов 1-4 подтверждают, что подготовка и компьютерная верстка материалов информ-бюллетеня, редактирование текстов, переводы, фотоработы, печать и раскладка тиража «Вестника» по конвертам, отправка корреспонденции адресатам в России и за рубежом, оплата почтовых и организационных расходов – т.е. все, что определяет обеспечение жизнедеятельности, обходится в среднем в 130-140 тыс. руб. в год и составляет 51,6% поступлений взносов. Повышение расходов связывается с неизбежным ростом типографских (133%) и, в особенности, почтовых (162%) тарифов, необходимостью увеличения выплат работникам (не являющимся членами Общества), привлекаемым для распространения материалов, подготовки и проведения заседаний.

Статья расходов 5 в прошлом дополняла список выплат первостепенной важности. Несмотря на актуальность закупок сертифицированного программного обеспечения, расходы по статье сокращены до минимально возможного показателя.

Статьи расходов 6-7. Офис Общества, ранее благоустроенный отечественным телевизором «Рубин», сейфом, кондиционером и др., поддерживается в должном состоянии как представительское помещение нашего профессионального сообщества. Максимально возможное сокращение расходов (см. статью 7) – одна из составляющих бездефицитного бюджета.

Статья расходов 8. За отчетный срок были сделаны некоторые представительские расходы. Подробности отражены в анналах Общества за 2010 г. (см. на сайте www.ronc.ru). Выпуск дипломов будет возобновлен в ближайшей перспективе.

Статья расходов 9. Расходы, связанные с подготовкой, изданием, распространением сборников протоколов заседаний (журналов) Общества, стали основной расходной статьей (см. выше сведения о росте типографских (133%) и почтовых (162%) тарифов).

Статья 10, отражающая расходы на картриджи для компьютерных принтеров, канцелярские товары, другие расходные материалы, – неотъемлемая характеристика любой офисной организации.

Часть IV. Проблемы и перспективы.

Современная общественная жизнь онкологов организуется созданием профессиональных сообществ – урологов, колопроктологов, гинекологов, химиотерапевтов, специалистов в онкологии области головы и шеи, и др. Московское онкологическое общество поддерживает стремление профессионалов решать свои специфические вопросы в своем монодисциплинарном кругу – им действительно есть что обсуждать.

Кроме того, Московское онкологическое общество, сложившееся как мультидисциплинарная организация, стремится обсуждать и вопросы, касающиеся онкологов различных специализаций, как и вопросы, актуальные не только для онкологов. В недавних повестках дня – совместные заседания онкологов и хирургов, онкологов и терапевтов, онкологов и морфологов, онкологов и специалистов по социальной гигиене. На заседаниях обсуждаются результаты обследования и лечения, полученные различными, в том числе альтернативными, методами. Успехи, достигнутые в одной из узких областей, могут безотлагательно стать востребованными и найти применение в других сферах онкологической практики.

Показательна тематика заседаний хотя бы 2011-го года. Обсуждение операций в объеме одномоментной эзофагогастрэктомии (январь) привлекло внимание торакальных и абдоминальных хирургов. Разработка оптимальных путей совершенствования высокодозной химиотерапии объединило за общим круглым столом в феврале гематологов и реаниматологов. Гипертермическая интраоперационная химиотерапия (в марте) затронула интересы хирургов, химиотерапевтов, онколопроктологов, онкогинекологов. Эндопротезирование при опухолях костей и суставов (в апреле), как минимум, коснулось онкологов и ортопедов. Обсуждение проблем раннего рака и других опухолей желудка (в ноябре) не осталось без внимания хирургов, специалистов по эндоскопической мукозэктомии и фотодинамической терапии.

Направлениями дальнейшего совершенствования жизнедеятельности Общества является укрепление взаимосвязей правления с профессиональными коллективами и отдельными специалистами как в Московском, так и в иных регионах. Руководство Общества вправе рассчитывать на встречные усилия, направленные на получение информационных бюллетеней представителями коллективов, которые составляют Общество. Оргкомитет также ожидает предоставление добротных подготовленных материалов, и кроме того – преодоление банальных недоимок в плане своевременных выплат членских взносов.

Организационные вопросы:

Оценка отчетного доклада ревизионной комиссией

Проф. В.В. Брюзгин (Председатель Ревизионной комиссии Общества): Ревизионная комиссия неизменно подтверждает достоверность сведений отчета Правления. Публикуемый отчет адекватно отражает доходы и расходы Общества, приоритетные направления его жизнедеятельности: проведение заседаний по актуальной тематике, издание и распространение научных трудов, пропаганда достижений в онкологической науке и практике. Бюджет Общества характеризуется увеличением с 426 до 590 тыс. руб. (138%), что достигнуто благодаря большей собираемости взносов (до 480 тыс. руб.) и доходам от издательской деятельности (110 тыс. руб.). Это позволило продолжить выпуск и распространение печатных изданий, а кроме того, оплатить (безусловно оправданные) расходы в связи с юбилейными торжествами.

Таким образом, Ревизионная комиссия считает, что работа Общества заслуживает положительной оценки и рекомендует новому составу Правления продолжить свою деятельность в отмеченных выше направлениях.

Выборы правления и ревизионной комиссии Общества на 2010-2011 гг.

ПРОЕКТ РЕШЕНИЯ

Председатель Московского Онкологического общества проф. А.И. ПАЧЕС (Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина)

Заместители Председателя: проф. В.В. СТАРИНСКИЙ (Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена), проф. А.Н. МАХСОН (Московская онкологическая больница № 62), проф. А.М. СДВИЖКОВ (Московский онкологический клинический диспансер №1), проф. В.Д. ЧХИКВАДЗЕ (Российский научный центр рентгенорадиологии).

Совет Общества: М.Д. Алиев, А.Ю. Барышников, М.И. Давыдов, Б.П. Копнин, В.П. Харченко, В.И. Чиссов. Руководитель совета – академик РАН и РАМН, проф. М.И. ДАВЫДОВ (РОНЦ им. Н.Н. Блохина). Зам. руководителя – академик РАМН, проф. В.И. ЧИССОВ (МНИОИ им. П.А. Герцена).

Комитет Экспертов: Л.М. Александрова, В.И. Борисов, П.Г. Брюсов, А.П. Ильницкий, А.А. Клименков, М.А. Кропотов, И.В. Кузьмин, В.П. Летагин, А.С. Мамонтов, Г.Л. Менткевич, Г.А. Новиков, И.В. Поддубная, Б.К. Поддубный, В.Г. Поляков, И.В. Решетов, В.Ю. Сельчук, Ю.Н. Соловьев, А.Х. Трахтенберг. Руководитель комитета – чл.-корр. РАМН, проф. И.В. ПОДДУБНАЯ (Российская медицинская академия последипломного образования). Зам. руководителя – проф. А.С. МАМОНТОВ (МНИОИ им. П.А. Герцена) и проф. В.П. ЛЕТАГИН (РОНЦ им.Н.Н. Блохина).

Организационный Комитет: Н.В. Аблицова, С.М. Волков, И.А. Гладилина, Л.В. Демидов, А.Д. Каприн, Л.Г. Кожанов, И.О. Кондратьев, М.Р. Личиницер, Д.Р. Насхлеташвили, Б.М. Прохоров, И.Н. Пустынский, В.Ю. Сельчук, М.Т. Тагиев, В.М. Хомяков. Руководитель комитета – академик РАН, проф. М.Р. ЛИЧИНИЦЕР (РОНЦ им. Н.Н. Блохина).

Ревизионная комиссия: Председатель комиссии – проф. В.В. БРЮЗГИН (РОНЦ им. Н.Н. Блохина).

Редколлегия журнала: И.И. Белоусова, С.М. Волков, И.А. Гладилина, Д.Р. Насхлеташвили, И.Н. Пустынский, Главный редактор – С.М. ВОЛКОВ (РОНЦ им. Н.Н. Блохина).

Предложения по составу Правления и Ревизионной комиссии:

1) Предложено избрать руководителем организационного комитета академика РАН, проф. М.Р. Личиницера. Проф. В.Ю. Сельчук, ранее возглавлявший оргкомитет, остается в составе Правления в комитете экспертов.

2) Предложено избрать в состав Ревизионной комиссии по одному представителю от трех наибольших по численности коллективов, составляющих Общество.

3) Дополнительные предложения по составу Правления и Ревизионной комиссии принимаются от действительных членов Общества вплоть до начала отчетно-выборного заседания.

2)

Доклад: Состояние, перспективы интенсивной терапии и реанимации в онкологии

Свиридова С.П., Огородникова Е.В., Горобец Е.С., Давыдов М.И., Нехаев И.В. (ОРИТ №1), Громова Е.Г. (ОРИТ №2), Мелкова К.Н. (ОРИТ №3), Типисев Д.А. (ОРИТ №4), Кашия Ш.Р. (ОРИТ №5)
(Российский Онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина)

История и состояние проблемы

Служба интенсивной терапии, анестезиологии, реанимации была создана в РОНЦ еще в 1950-х годах вместе с хирургической клиникой (проф. В.П. Смольников, проф. З.П. Павлова и др.). Затем ее структура неоднократно изменялась.

С начала 2000-х гг. в РОНЦ началась масштабная реорганизация прежнего многокочного отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), которое многие годы обеспечивало сопровождение хирургической деятельности Онкологического центра. Реорганизация заключалась в создании нескольких подразделений, предназначенных для проведения различных методов высокоспециализированной реанимации и интенсивной терапии в современной онкологии.

Прежнее отделение реанимации трансформировалось в наибольшее по коечному фонду (4 поста по 4 койки; т.е. 16 из номинально насчитывающихся в 5 отделениях 42 коек/реанимационных мест) ОРИТ № 1 – отделение общей реанимации и интенсивной терапии. Кроме того, в 2002 г. было создано ОРИТ № 2, специализированное для проведения экстракорпоральной детоксикации. ОРИТ № 3, предназначенное для трансплантаций костного мозга и сопроводительного лечения при интенсивной химиотерапии, было открыто в 1984 г. В последующем (2005 г.) появилось ОРИТ № 4 – отд. кардиореанимации, специализированное на ведении послеоперационного периода у пациентов, оперированных на органах грудной клетки, а также у страдающих выраженными сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями. Реорганизация завершилась в 2006 г. созданием отделения терапевтической реанимации (ОРИТ № 5) для интенсивной терапии потенциально обратимых нехирургических осложнений у больных, которым проводилось консервативное лечение (преимущественно химиотерапия).

В сложившейся лечебной практике РОНЦ в значительном числе наблюдений – после непродолжительных, неосложненных хирургических вмешательств, в том числе видео-ассистированных, при отсутствии сопутствующих заболеваний (порядка 5000 случаев; см. ниже раздел статистики) – по окончании операции пациенты направляются на пост наблюдения, где находятся в течение 2-3 часов, а затем переводятся в профильные отделения. При осложненном течении послеоперационного периода пациенты направляются в ОРИТ.

Показаниями к пребыванию/переводу в ОРИТ, кроме осложненного течения процесса после непродолжительных операций сравнительно небольшого объема (как, например, радикальная мастэктомия), в ОРИТ направляются после операций значительного объема, в случаях интраоперационных осложнений, при выраженной сопутствующей патологии, а также для выполнения специальных процедур (детоксикации и ТКМ – в ОРИТ № 2 и № 3). Число пациентов, ежегодно проходящих лечение в ОРИТ РОНЦ, превосходит 2000.

Накопленный опыт позволяет оценить результаты создания высокоспециализированных отделений и, возможно, будет интересен и востребован в многопрофильных онкологических учреждениях.

Данные статистики

Ежегодно в РОНЦ обращается порядка 20 000 пациентов. При этом госпитализируются в течение года порядка 10 000 больных (физических лиц). Общее число госпитализаций достигает порядка 20 000; включая пациентов, поступающих в стационар повторно и многократно.

В течение года в РОНЦ проводится хирургическое лечение более чем 7 000 больных (7242 в 2010 г. и 7730 в 2011 г.) – т.е. 70% от числа госпитализированных. При этом общее число операций, включая повторные и экстренные, расценивается как 8 000. Среди них по обобщенной статистике отд. клинического канцеррегистра (зав. – к.м.н. В.И. Фокин) указаны: «операции на органах дыхания» (227), «операции на органах брюшной полости» (1382), «операции на позвоночнике, костях и суставах» (274), «нефрэктомии и резекции почек» (90). Для сравнения: «операции на молочной железе» составили 1587, «гинекологические операции» – 1072.

Следует отметить существенное число операций значительного объема, как, например, субтотальные резекции пищевода с одномоментной эзофагопластикой (52), гастропанкреатодуоденальные резекции (67), резекции печени и гемигепатэктомии (96), нефрэктомии с тромбэктомией из нижней полой вены (45), комбинированные полиорганные операции (25) – т.е. операции с удалением пораженного органа и резекцией 4-6 прилежащих анатомических образований, а также другие обширные, травматичные хирургические вмешательства.

При этом летальность среди оперированных соответствует 55/7242 – 78/7730; т.е. 0,8-1,1%. При значительной частоте сложных и травматичных операций этот достаточно низкий показатель летальности связывается с должным состоянием хирургии, а кроме того – с адекватным послеоперационным реанимационным обеспечением.

Характеристика отделений

Отделение хирургической реанимации, интенсивной терапии № 1 предназначено для обеспечения лечения в послеоперационном периоде ежегодно 1300-1400 больных. Среди них пациенты после нейрохирургических операций, удаления опухолей головы и шеи, резекций пищевода, желудка, после гастрэктомий, гастропанкреатодуоденальных резекций, резекций кишечника, нефрэктомий, в том числе с удалением опухолевых тромбов нижней полой вены, операций по поводу опухолей опорно-двигательного аппарата и др.

В отделении накоплен значительный опыт ведения больных после комбинированных и расширенных хирургических вмешательств; операций при острой, массивной интраоперационной кровопотере, полиорганной недостаточности, сепсисе, при необходимости нутритивной поддержки.

Состояние пациентов оценивается по данным мониторинга сердечно-легочной гемодинамики (как инвазивным, так и неинвазивным способами), измерения внесосудистой воды в легких, мониторинга энцефалограммы, метаболических потребностей, кислотно-щелочного состояния и газов крови, коллоидно-осмотического давления, показателей коагулограммы, уровня прокальцитонина. Для диагностики состояния и выявления возможных осложнений активно выполняются УЗИ и КТ-исследования (в том числе и больным, находящимся на ИВЛ). Лечебный процесс предусматривает возможность медикаментозной поддержки кровообращения, ИВЛ, соответствующего назначения антибиотиков, гастро- и гепатопротекторов, парентерального питания, при необходимости – переливаний компонентов крови, стимуляции иммунитета, проведения процедур детоксикации, реанимационных мероприятий.

Должный уровень оказания интенсивной терапии (реанимации), благодаря оснащенности, научной и профессиональной подготовленности/ подготовке персонала – 16 врачей и научных сотрудников (в штатном расписании отделения также 42 ставки медсестер и 12 – санитарок), позволяет решать медицинские задачи значительной степени сложности. После проведения интенсивной терапии/реанимации пациенты переводятся в профильные отделения. В среднем пребывание в ОРИТ составляет 2-3 койко-дня*.

Несмотря на сложность состояния пациентов, показатель летальности не превышает 2,5-3,5%.

Успешное решение различных задач интенсивной терапии и реанимационного обеспечения позволяет дать заключение о том, что работа отделения соответствует международному уровню (см. ниже раздел «случаи из практики»).

Отделение реанимации, интенсивной терапии № 2 предназначено для проведения интенсивной детоксикационной терапии в связи с расстройствами гомеостаза при противоопухолевом лечении.

Нарушения систем естественной детоксикации организма, не коррегируемые стандартными методами интенсивной терапии, развиваются после обширных хирургических вмешательств с мультиорганной резекцией, в случаях гнойных осложнений (септический шок) интенсивной химиотерапии, после агрессивной химиотерапии, при органной/полиорганной недостаточности у больных, страдающих сопутствующими заболеваниями печени, почек, других органов.

Многие варианты специального лечения сопряжены с развитием прогнозируемой либо усугублением имеющейся органной недостаточности, как, например, у больных множественной миеломой. Кроме того, в онкологической практике известны состояния, которые не проявляются органной недостаточностью, но требуют безотлагательной экстракорпоральной гемокоррекции во избежание развития фатальных осложнений. Например, при синдроме массивного лизиса опухоли (см. раздел «случаи из практики»), ТУР-синдроме (острый гемолиз после трансуретральной резекции предстательной железы), почечно-печеночной недостаточности.

***) В отдельных исключительных случаях продолжительность ИВЛ, продолжительность интенсивной терапии, необходимой для нормализации состояния, достигает 100-200 суток. См. описание успешных наблюдений из практики ОРИТ № 1 в материалах научно-практической конференции «Продолжительность жизни онкологических больных» – Вестник Московского онкологического общества, 2009. С.67.**

♦ *В одном из этих случаев больная 68 лет перенесла экстирпацию матки с придатками. Послеоперационный период осложнился с перфорацией язвы 12-перстной кишки, забрюшинной флегмоной, тяжелым сепсисом и полиорганной недостаточностью. Затем (на 100-е сутки) развился гнойный холецистит и (повторно) сепсис... с последующим ишемическим инсультом... За срок лечения в общей сложности выполнено 46 процедур детоксикации, суммарная длительность ИВЛ составила 112 суток, пациентка получила 10 курсов антибактериальной терапии, 5 курсов иммунозаместительной терапии; длительно применялась современная противопролежневая система. На 201-е сутки послеоперационного периода больная переведена в профильное отделение с восстановленной ментальной функцией, без органических нарушений и пролежней, с полностью восстановленной почечной функцией, адекватной возможностью энтерального питания.*

♦ *В другом – у больной 69 лет после субтотальной резекции пищевода с одномоментной эзофагопластикой желудком развилась массивная ТЭЛА, в последующем – деструктивный холецистит и холангиогенный сепсис, печеночно-почечная и дыхательная недостаточность... За срок лечения в общей сложности проведено 12 процедур гемодиализа/гемофильтрации, длительность ИВЛ составила 76 суток, проведено 6 курсов антибактериальной терапии, 3 курса иммунозаместительной терапии, выполнена некрэктомия пролежней. На 108-е сутки больная переведена в профильное отделение без органических нарушений, с адекватным энтеральным питанием, минимальными трофическими нарушениями в зоне пролежней. При контрольном обследовании через 6 месяцев после операции состояние пациентки расценено как удовлетворительное.*

Таким образом, состояния, требующие экстракорпоральной детоксикации, развиваются у онкологических больных в 1,5-3,0 раза чаще в сравнении с общей популяцией госпитализированных пациентов. Это обосновывает настоятельную необходимость создания отделений детоксикации (с соответствующим технологическим оснащением и наличием подготовленного персонала) в многопрофильных онкологических клиниках.

Отделение экстракорпоральной детоксикации развернуто на 5 стационарных и 3 мобильных койках (последние предназначены для выполнения детоксикации в других подразделениях нетранспортабельным больным). Современные методы патогномичной экстракорпоральной коррекции предусматривают выполнение различных процедур – гемодиализ, гемофильтрация, гемодиализация, в некоторых случаях – плазмофильтрация, гемосорбция.

Так, при развитии изолированной острой почечной недостаточности (ОПН) показано выполнение гемодиализа, при котором из плазмы крови диффузионным путем удаляются низкомолекулярные субстанции с молекулярной массой до 5 КДальтон (которые накапливаются при неадекватной функции почек). Нарастание дисфункции, вовлечение других органов и/или систем усугубляет тяжесть состояния, расширяет спектр и молекулярную массу патологических ингредиентов в плазме крови. При дезинтоксикации в таких случаях предпочтительны конвекционные методики – гемофильтрация, гемодиализация, в некоторых случаях – плазмофильтрация. Они позволяют удалять вещества с молекулярной массой до 50-70 КДальтон. Септический шок в первые 6 часов от начала развития подлежит интенсивной терапии с применением гемосорбции – селективной при подтвержденном Грам-отрицательном сепсисе или неселективной. При развитии декомпенсированной печеночной недостаточности проводится так называемая сепарация и адсорбция фракционированной плазмы – сложная 4-компонентная процедура, позволяющая «протезировать» 3 из 4 функций печени (все кроме синтетической).

Выбор адекватной процедуры экстракорпоральной детоксикации при необходимости элиминации избытка лекарственных препаратов и/или выведения токсичных метаболитов определяется их фармакокинетическими характеристиками (период полувыведения, распределение в тканях, связывание с сывороточными белками и др.)

Методы экстракорпоральной детоксикации (в среднем 1000-1200 процедур, 90-120 пациентам ежегодно) применяются независимо от возраста (от 7 мес. до 91 года) и антропометрических данных пациентов (от 3 до 152 кг). За 10 лет методы интенсивной детоксикации применены пациентам всех без исключения отделений НИИ клинической и детской онкологии. Продолжительность лечения составляла от 1 до 173 дней, число процедур – от 1 до 60. Важнейшими условиями успеха лечения являются своевременное выявление метаболического расстройства, точная диагностика его этиологии и варианта течения, выбор адекватного метода экстракорпоральной детоксикации и параметров процедуры, безотлагательное начало лечения.

Отделение реанимации, интенсивной терапии № 3 предназначено для проведения высокодозной химиотерапии, интенсивной сопроводительной терапии (ИСТ) и трансплантаций клеток-предшественников гемопоэза (трансплантаций костного мозга; ТКМ). В отделении 6 коек (из них 4 – в асептических палатах) и реанимационный зал. В штате отделения – 4 врачебные ставки. Ежегодно выполняется порядка 40 ТКМ, из них до 6 – аллогенных (аллоТКМ), а также до 30 курсов высокодозной терапии (ВХТ).

Трансплантация костного мозга является важной терапевтической стратегией в лечении многих гематологических, онкологических и ряда неопухолевых заболеваний. Показания для проведения ТКМ постоянно расширяются; одним из основных остается консолидация ремиссии гемобластозов неблагоприятного прогноза, хотя применение данного высокоэффективного лечебного метода сопряжено со значительным риском осложнений и трансплантационной летальностью.

Интенсивная сопроводительная терапия – новая область медицины, где применяются передовые разработки гематологии и реаниматологии для обеспечения проведения высокодозной химиотерапии. Ее развитие связано с успехами современной программной противоопухолевой химиотерапии, которая позволяет добиться излечения многих заболеваний системы крови, ранее считавшихся фатальными. Интенсификация химиотерапии сопровождается ростом опасных осложнений, чреватых летальным исходом. Благодаря успехам сопроводительной терапии в 2000-х гг. отмечено существенное улучшение результатов лечения больных после ТКМ. Прежняя безысходность со 100%-ной летальностью в тяжелых состояниях, требовавших проведения сопроводительной терапии с ИВЛ, сменилась возможностью избежать летального исхода в 20%, а при отсутствии необходимости в инотропной и вазоактивной поддержке – в 46% случаев. По современным данным летальность для аутологических ТКМ (аутоТКМ) при лейкозах составляет порядка 10%, при лимфомах и солидных опухолях – 5-10%, для HLA-id родственных аллоТКМ – 15%. Для обеспечения современного уровня работы в ОРИТ №3 с 2007 г. начато внедрение в клиническую практику интенсифицированных лечебных программ (аллоТКМ и режимов подготовки ВХТ в максимальных дозах (миелоаблативные режимы кондиционирования при острых лейкозах, содержащие тотальное терапевтическое облучение (ТТО) в диапазоне доз 2-12 Гр).

Методика проведения ТТО-содержащих режимов кондиционирования на ускорителе электронов 6 МВ, совместно с радиологической службой РОНЦ, и соответствующая сопроводительная терапия разработаны впервые в РФ и являются уникальными. Предложена градация интенсивности сопроводительной терапии*.)

*) См.: **Интенсивная сопроводительная терапия при высокодозном лекарственном лечении. Материалы заседания Московского Онкологического общества № 575 (17.02.2011).**

Уровень I – «базовая ИСТ». В такой терапии нуждаются все 100% больных с ТКМ. Объем ИСТ, условия ухода за пациентом и параметры для мониторинга планируются заранее и определяются, главным образом, особенностями выбранного режима кондиционирования и сопутствующей патологией пациента.

Уровень II – «неотложная терапия». Появление симптомов, соответствующих показателям неотложной терапии, требует безотлагательного вмешательства дежурного персонала и существенной коррекции ИСТ. Мониторинг проводится каждые 30-60 мин. с соответствующей коррекцией ИСТ до стабилизации состояния.

Порядка 50% больных после ТКМ нуждаются в проведении неотложной терапии, в т.ч. все пациенты с органный токсичностью II степени, а также с острой реакцией «трансплантат-против-хозяина» (ОРТПХ) III-IV степени тяжести.

Уровень III – «терапия критических состояний». При возникновении состояния, непосредственно угрожающего жизни пациента, предусматривается постоянный мониторинг и экстренная коррекция ИСТ до стабилизации состояния пациента. В терапии такого уровня нуждаются, в частности, больные с токсичностью химиотерапии III степени тяжести и пациенты, состояние которых требует гемодинамической поддержки, ИВЛ, гемодиализа.

После модификации сопроводительной терапии в 2007-2011 гг. выполнено 215 ТКМ (196 аутоТКМ и 19 аллоТКМ). Анализ проведения аутоТКМ выявил значительное сокращение частоты жизнеугрожающих осложнений. Вмешательство реаниматолога на этапе неотложной терапии потребовалось в 22% случаев, с дальнейшим прогрессированием полиорганной недостаточности (перевод в реанимационный зал, проведение ИВЛ, инотропной и вазоактивной поддержки, гемодиализа) в 1,5% случаев. Летальности, связанной с ТКМ, не наблюдалось. В группе аллоТКМ коррекция сопроводительной терапии потребовалась у 57% больных. При этом дальнейшее утяжеление состояния (переход до уровня критического с переводом в реанимационный зал) наблюдалось в 14% случаев. За 5 лет ранняя посттрансплантационная летальность в группе аутоТКМ составила менее 1%, в группе аллоТКМ – менее 6%, что соответствует данным ведущих центров мира.



На фото:

Коллектив отделения реанимации и интенсивной терапии Онкологического центра (1999-2000 г.).

Слева-направо: Р.Д. Пивикова, А.В. Сотников, А.В. Сытов, Е.Г. Громова, Е.Д. Лобанова, С.П. Свиридова, Р. Середавкин, О.Г. Мазурина, Д.А. Типисев, С.В. Ломидзе, И.В. Нехаев, О.А. Обухова, Э.Г. Карамян, Ш.Р. Кашия.

В ОРИТ № 3 разработаны и внедрены в практику современные профилактические режимы ведения больных после ТКМ, включающие комплекс мероприятий для снижения частоты и тяжести инфекционных осложнений (в т.ч. технические аспекты реализации асептического режима, оптимизация лекарственной профилактики и противомикробной терапии).

Проведен анализ восстановления гемопоза после ТКМ, эффективности профилактики по частоте инфекций и их тяжести; сочетанной лекарственной токсичности, потребности в сопроводительной терапии и летальности в связи с трансплантацией. Комплекс профилактических мероприятий, внедренный в рутинную

практику работы ОРИТ №3 с целью оптимизации сопроводительной терапии у пациентов с высоким риском развития нарушений функций внутренних органов вследствие инфекционных осложнений и лекарственной токсичности, оказался эффективным при использовании режимов кондиционирования с максимальной миелоаблативностью (в том числе ТГО-содержащих и для аллоТКМ). В этой группе больных (с исходно высоким риском осложнений) летальности в связи с развитием инфекции не наблюдалось. Внедрение комплексных мер профилактики при аутоТКМ позволило сократить летальность, связанную с трансплантацией, с 16,3% до менее 1%, прежде всего, за счет летальности, ассоциированной с инфекционными осложнениями (с 14% до 0).

Отделение реанимации, интенсивной терапии № 4 (кардиореанимации) со штатом из 32 специалистов, включая 6 врачей и 19 медицинских сестер, развернуто на 6-8 койках для лечения больных, оперированных на органах грудной клетки с вовлечением в патологический процесс (в зону операции) сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также пациентов, страдающих тяжелой сопутствующей патологией, резко снижающей функциональные резервы, прежде всего – в пожилом и старческом возрасте.

Сочетание новообразований и сердечно-сосудистых заболеваний существенно увеличивает вероятность осложнений в периоперационном периоде. Их профилактика требует разработки протоколов ведения хирургических больных высокого риска. Сотрудники отделения проводят консультации по предоперационной подготовке больных с сопутствующей кардиальной патологией, больных, которым планируются симультантные операции по поводу онкологических и сопутствующих кардиологических заболеваний; назначают и контролируют экстренную предоперационную подготовку в условиях ОРИТ. В отделении выполняется интенсивная терапия в послеоперационном периоде, профилактика и лечение послеоперационных осложнений, ведение онкологических пациентов с тяжелой патологией сердца и сосудов; при показаниях проводится комплекс реанимационных мероприятий и интенсивной терапии в критических состояниях.

Реанимационные места оснащены прикроватными мониторами Datex-Ohmeda S/5TM Critical Care Monitor (Datex-Ohmeda), которые объединены в единую сеть, оснащенную центральным монитором GE Datex-Ohmeda S/5TM iCentral. Рутинным набором постоянно контролируемых параметров являются ЭКГ, артериальное давление, измеряемое непрямым методом, пульсоксиметрия, а также термометрия. При проведении ИВЛ контролируется концентрация углекислого газа в конце выдоха (Et CO₂). Тяжелым пациентам, находящимся на ИВЛ, возможно проводить тонометрию желудка, исследования метаболизма и потребления кислорода. При необходимости возможно измерение центральной гемодинамики с использованием катетера Swan-Gans (Baxter, Agrow), неинвазивное измерение сердечного выброса с помощью NICO-монитора (Novamatrix), измерение сердечного выброса с помощью доплерографии аорты (Hemosonic). Базовыми аппаратами для ИВЛ являются 4 респиратора Servo-I Ventilator System V.2.0 (Maquet) и два Servo-S Ventilator System V.2.0 (Maquet). Указанные респираторы позволяют проводить ИВЛ в различных режимах принудительной вентиляции и реализовать практически все необходимые режимы вспомогательной вентиляции легких, мониторировать динамику вентиляционных показателей и механику дыхания. Современные дыхательные аппараты дают возможность проводить неинвазивную вспомогательную масочную вентиляцию легких с использованием лицевых масок производства RespiroNix Inc. и шлемов производства Rusch, которые подбираются с учетом размеров и пропорций лица больного. Это позволяет обеспечить удовлетворительную герметичность, что является основным условием успеха при неинвазивной вентиляции легких. В повседневной практике активно применяются 18 шприцевых инфузоматов Optima₃ Fresenius Vial (Fresenius) и 26 капельных, которые позволяют точно дозировать вводимые лекарственные вещества, также 2 системы Orchestra Fresenius Vial (Fresenius). ОРИТ №4 оснащено электрокардиографами Cardivit AT-1, Cardivit AT-2 (Schiller AG), дефибриллятором Heartstart XL (Philips).

Современная организация труда в ОРИТ позволяет добиться уменьшения продолжительности койко-дня и летальности у тяжелого контингента онкологических больных после травматичных операций и при тяжелой сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы. В ОРИТ №4 более чем в 95% случаев применяется продленная эпидуральная аналгезия, проводимая методом постоянной эпидуральной инфузии. Она позволяет добиться адекватной защиты после проведения большинства оперативных вмешательств в абдоминальной и торакальной хирургии, при гинекологических вмешательствах и операциях на конечностях.

Выполнение экспресс-лабораторных тестов доступно в течение суток (общий анализ крови, определение биохимических показателей и показателей свертываемости крови, КЩС, электролитного профиля, напряжения газов крови, осмолярности, КОД, концентрации прокальцитонина и тропонина сыворотки крови). Кроме того, для уточнения диагноза возможно проведение экстренного рентгенологического, ультразвукового и эндоскопического обследования.

В течение года в отделении получают лечение в среднем 650 пациентов, средний койко-день составляет 2,1-2,5, летальность – 1,3-2,2%. В структуре летальности преобладают гнойно-септические осложнения (38%), также отмечены ТЭЛА (18%), полиорганная недостаточность (17%), инфаркт миокарда (12%), геморрагический шок (8%), панкреонекроз (2%).

Научно-практическая работа отделения касается нескольких направлений.

Во-первых – совершенствование эпидуральной послеоперационной аналгезии (разработки *H. Breivik u G. Niemi*), что предусматривает проведение (под контролем сотрудников отделения в профильных отделениях) перидурального введения трехкомпонентной смеси – опиоида, местного анестетика, небольших доз

адреналина. Продленная эпидуральная аналгезия перспективна в плане снижения частоты послеоперационных осложнений и увеличения оборота реанимационных коек.

Во-вторых – изучение проблем массивной кровопотери при онкологических операциях. По нашим данным, за период 1995-1997 гг. летальность больных, потерявших во время операции 60% ОЦК, в послеоперационном периоде составила 13,6%. Накопленный в этой области опыт позволил добиться снижения летальности до 3,8%. В результате проведенного исследования оптимизирована тактика ведения больных, перенесших массивную (до 200% ОЦК) интраоперационную кровопотерю.

Среди перспективных направлений работы отделения – сравнительное изучение инвазивных и неинвазивных методик гемодинамического мониторинга, включающее катетеризацию правых отделов сердца и легочную термодилуцию, капнометрический мониторинг сердечного выброса, чреспищеводную доплерографию аорты.

Отделение (терапевтической) реанимации, интенсивной терапии № 5, в котором предусмотрено 6 реанимационных коек, 9 врачебных и научных, а также 14 сестринских ставок, предназначено для интенсивной терапии неоперированных больных с **потенциально обратимыми** нехирургическими осложнениями опухолевого процесса и противоопухолевого лечения (преимущественно – химиотерапии).

Улучшение результатов противоопухолевой терапии пациентов достигается мониторингом обеспечением, поддерживающей и симптоматической терапией обострений конкурирующих заболеваний, интенсивной терапией критических состояний.

За 2010-2012 гг. в ОРИТ № 5 зарегистрировано 778 поступлений, проведено лечение 601 пациента. В 177 случаях пациенты поступали в отделение повторно, в том числе в 103 случаях в сроки более 15 суток. Средний койко-день составил 2,96, а средняя занятость койки – 269,9 дней/год. Непосредственной причиной перевода пациентов в ОРИТ №5 в 12 случаях была клиническая смерть (остановка кровообращения), в 460 случаях – необходимость интенсивной терапии в связи с развитием синдрома критического состояния (тяжелого нарушения жизненно-важных функций), в 306 случаях – для сопроводительного лечения в условиях противоопухолевой терапии пациентов с высоким риском тяжелых осложнений. За 2 года умерли 69 пациентов; из них 28 – в первые сутки пребывания в ОРИТ, поскольку 9 пациентов направлялись в состоянии клинической смерти, 15 – в агонии. Летальность среди переводимых в состояние клинической смерти составила 75%, частота летальных исходов среди больных, нуждавшихся в проведении интенсивной терапии критических состояний, – 12%, летальность среди поступивших для сопроводительного лечения – 1,6%.

Несмотря на тяжесть состояния поступавших пациентов, проведение интенсивной терапии (реанимации) позволяло в значительном числе наблюдений изменить неблагоприятный прогноз. Более чем у 80% поступивших больных имелись гнойно-септические осложнения, у 40% определялась дыхательная недостаточность, более чем у 50% – значимые расстройства гемостаза. В процессе интенсивной терапии применялись современные методы диагностики и лечения инфекционных осложнений, дыхательных и тромбозомболических нарушений. При необходимости проведения ИВЛ преимущественно использовались неинвазивные варианты. Практика работы ОРИТ №5 показала, что лечение онкологических и гематологических больных с тяжелыми нарушениями жизненно-важных функций требует не только специальных навыков реаниматолога, но и тесного взаимодействия онкологов, гематологов, реаниматологов. Интеграция специалистов способствует раннему выявлению жизнеугрожающих расстройств, своевременному переводу пациента в отделение реанимации.

Вместо заключения (случай из практики)

1. Больной 65 лет находился в ОРИТ № 1 РОНЦ 16-22.12.2011 г. после удаления рецидивной (повторно) забрюшинной липосаркомы с правосторонней нефрэктомией, резекцией толстой кишки, протезированием нижней полой вены и правой общей подвздошной артерии.

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь III, ИБС, постинфарктный кардиосклероз, стенокардия напряжения II ф.к., НК I. Течение операции осложнилось интраоперационной остановкой кровообращения. Проведены реанимационные мероприятия. Кровообращение восстановлено. Продолжительность операции – 6,5 часов (390 мин). Кровопотеря – 11.000 мл.

При поступлении: состояние тяжелое, ИВЛ, тахикардия, гипотония 60/40 мм рт.ст. при поддержке кровообращения (допмин 15 мкг/кг/мин.), лактат 12 ммоль/л. Проведена интенсивная терапия: изменен состав инфузионной терапии и вазопрессорной поддержки. В течение I суток достигнута стабилизация состояния. Экстубирован на II сутки. Продолжена интенсивная терапия, направленная на профилактику неврологических расстройств, почечной недостаточности, тромбоза протезов сосудов.

Это позволило продолжить ведение послеоперационного периода без проявлений энцефалопатии, нарушения функции единственной почки, коагулопатии и тромбообразования протезированных сосудов. Переведен в профильное отделение на VII сутки.

2. Больная 16 лет без сопутствующих заболеваний и патологии лабораторных данных, поступила в ОРИТ № 2 РОНЦ с нелеченной ранее лимфомой Беркитта, на II сутки после начала индукционной фазы химиотерапии циклофосфаном и винкристином.

Тяжесть состояния обуславливалась олигурией, нараставшим декомпенсированным метаболическим ацидозом, гиперкалиемией (6,8 ммоль/л), гипонатриемией (121 ммоль/л), быстро нараставшей азотемией: концентрация мочевины спустя 12 часов составила 69 ммоль/л, креатинина – 390 мкмоль/л. Спустя еще 2 часа развилась серия судорожных припадков, купирование которых потребовало глубокой седации и проведения ИВЛ. Принято решение об экстренной заместительной почечной терапии. Проведена 3-часовая гемодиализация с объемом замещения 9000 мл и ультрафильтрация с объемом замещения 2000 мл. По завершении процедуры отмечена нормализация показателей КЩС, снижение уровней мочевины и креатинина до 26 ммоль/л и 170 мкмоль/л соответственно.

В последующем ежедневно проводились интермиттирующие процедуры гемодиализации (n=3) и гемодиализа (n=2). С III суток началось восстановление спонтанного диуреза. К V суткам восстановлено адекватное сознание, самостоятельное дыхание, спонтанный диурез. Больная экстубирована, переведена в профильное отделение. Процедуры экстракорпоральной детоксикации прекращены в связи с полным восстановлением диуреза, нормализацией биохимических показателей и параметров водно-электролитного гомеостаза. В дальнейшем больной продолжена химиотерапия, достигнута ремиссия. При контрольном обследовании во время повторной госпитализации нарушений функции почек не выявлено. Наблюдается в РОНЦ без проявлений основного заболевания.

3. Больной 63 лет находился в ОРИТ №1 РОНЦ с 22.02.11 г. по 04.03.11 г. Пациент был оперирован в N-ской Московской городской больнице по поводу рака желудка в объеме чресплевральной гастрэктомии с резекцией нижнегрудного отдела пищевода. Послеоперационный период осложнился некрозом отводящей кишечной петли, недостаточностью швов пищеводно-кишечного анастомоза, медиастинитом, эмпиемой плевры, абсцессом нижней доли правого легкого. Переведен в РОНЦ и экстренно оперирован (22.02.11). Выполнена релапаротомия, реторакотомия, резекция пищевода, резекция некротизированной петли тощей кишки, дренирование легочного абсцесса, санация брюшной и плевральной полостей. Сформирован трансплантат из толстой кишки, пищеводно-толстокишечный, толстокишечно-тонкокишечный и толсто-толстокишечный анастомозы. При поступлении в ОРИТ состояние тяжелое. Проведена ранняя целенаправленная терапия сепсиса и полиорганной недостаточности, включающая оптимизацию инфузионной терапии, инотропную поддержку, коррекцию показателей крови, проведение антибактериальной терапии (меронем + зивокс), иммунотерапию сепсиса (пентаглобин), нутритивную поддержку. Достигнута стабилизация состояния. Экстубирован, продолжена интенсивная терапия в прежнем объеме, что позволило избежать осложнений в послеоперационном периоде. К VII суткам пребывания в ОРИТ состояние расценивалось как удовлетворительное. На XI сутки переведен в N-скую Московскую городскую больницу для восстановительного лечения.



ПРОВОЗВЕСТНИК

ЗАСЕДАНИЕ № 585 Состоится в четверг, 23 февраля 2012 г., в РОНЦ им. Н.Н.Блохина.

Повестка дня: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ 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.

Высказывается 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./+7 495/ 324-2640; 741-9265) 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 БЕЛОУСОВА т. /+7 495/324-11-55
НАПЕЧАТАНО В ОТДЕЛЕ МНОЖИТЕЛЬНОЙ ТЕХНИКИ РОНЦ им. Н.Н.БЛОХИНА ЯНВАРЬ 2012; Тираж 1000 экземпляров. Подписано в печать 16.01.2012; Заказ 072		