

Д.Е. Емельянов, А.В. Панкратов, М.В. Смирнов

### РЕАНИМАТОЛОГ В ОНКОЛОГИИ: ОТ СИНДРОМНОГО ЛЕЧЕНИЯ К ТЕРАПИИ СОПРОВОЖДЕНИЯ

Областной онкологический диспансер

Современный этап развития онкологии диктует необходимость пересмотра роли и места анестезиолога-реаниматолога в системе лечения онкологических больных. В прошлом веке участие анестезиолога, как правило, ограничивалось этапом хирургического лечения и только обеспечением анестезиологического пособия. На сегодняшний день хирургическое вмешательство стало значительно агрессивней, обширней, выполняются органосохраняющие операции с широким удалением бассейнов лимфооттока; появилась техническая возможность удаления нескольких смежных органов, пораженных опухолевым процессом. Это требует продленного пребывания больного в отделении интенсивной терапии, протезирования витальных функций, что стало возможно с внедрением в практику новых технологий и современной аппаратуры. Помимо хирургического этапа лечения выросла доля агрессивных технологий в химиотерапии и радиологии.

Эти методики имеют более высокие показатели выживаемости онкобольных при условии своевременной и адекватной коррекции вызываемых ими нарушений гомеостаза. Все это делает необходимым участие анестезиолога-реаниматолога на многих этапах лечения онкологического пациента.

Создание специализированных онкологических хирургических стационаров позволило выделить некоторые особенности работы в них службы анестезиологии-реанимации. Основная проблема для анестезиолога заключается в том, что наибольшее количество пациентов составляют люди в возрасте старше 50 лет, имеющие обширную сопутствующую соматическую патологию. На первом месте по частоте стоит патология сердечно-сосудистой системы. Зачастую эти больные не получают адекватную базовую терапию по месту жительства и при поступлении в стационар находятся в состоянии субкомпенсации. Но наличие операльной злокачественной опухоли не позволяет проводить длительную подготовку, и мы вынуждены довольствоваться короткими курсами терапии для стабилизации состояния. Другая серьезная проблема – нутритивная недостаточность, сопровождающая большое количество пациентов онкологической клиники и отягощающая течение послеоперационного периода. Также остаются весьма актуальными проблемы тромбозомболических осложнений и адекватного обезболивания больных.

Проведение химиолучевых методов лечения долгое время оставалось вне сферы деятельности службы анестезиологии-реанимации. Этому способствовала территориальная разобщенность этих отделений, а

также отсутствие единой концепции ведения больных при проведении химиотерапии и лучевой терапии.

В настоящее время необходимо пересмотреть этот подход, в связи с широким внедрением таких технологий как высокодозная химиотерапия, радиохимиотерапия, требующих своевременного вмешательства реаниматолога для профилактики и лечения возникающих осложнений. Помимо этого, у данной категории больных остаются актуальными проблемы нутритивной поддержки и терапии хронического болевого синдрома.

Все вышеизложенное делает необходимым разработку новой концепции работы анестезиолога-реаниматолога в специализированном онкологическом стационаре. Основными моментами новой концепции мы считаем следующее:

1. Раннее привлечение анестезиолога к ведению больных, которым планируется обширное оперативное вмешательство, агрессивные методики химиотерапии, лучевой терапии.
2. Совместный с онкологами отбор больных, рекомендации по подготовке к основному этапу лечения.
3. Участие анестезиолога на всех этапах ведения данной категории больных.
4. Прогнозирование и ранняя профилактика развития осложнений проводимой терапии.

Анализ литературных данных и собственный опыт позволили нам выделить определенные категории больных, нуждающихся в проведении тех или иных методик интенсивной терапии:

- неадекватное питание более 3 суток;
- питательная недостаточность: ИМТ < 20 или общий белок менее 60 г/л или альбумин менее 30 г/л;
- нарушения глотания, жевания пищи или дисфагия (афтозные процессы в полости рта и ротоглотке);
- отказ от приема пищи: частичная и полная анорексия;
- нарушения усвоения пищи: диарея или длительный запор;
- любые варианты радиохимиотерапии, высокодозная химиотерапия;
- энтеропатия любого генеза;
- потребность больного в инфузионной терапии более 2 суток, необходимость расписать программу инфузионной терапии;
- хронический болевой синдром;
- выраженная сопутствующая патология (сердечная, почечная и печеночная);
- бульбарный синдром;
- психомоторное возбуждение, негативизм, лобная психика, вегетативное состояние, менингеальный синдром;
- рвота и тошнота при ВЧГ, менингеальном синдроме;
- выраженная астения, не позволяющая адекватно самостоятельно питаться.

Возможно, это далеко не полный перечень состояний, которые могут препятствовать проведению радикального лечения онкологического пациента.

Таким образом, клиническая практика заставляет нас постепенно пересматривать роль и место врача анестезиолога-реаниматолога в комплексном лечении больных онкологической патологией, находить новые звенья сотрудничества с врачами-онкологами, увеличивать его вклад в достижении результатов клиники.

Е.В. Киселёва, А.А. Страхов

## УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

Областной онкологический диспансер

Метод ультразвукового исследования занимает важное место в комплексной диагностике поражений лимфоузлов, особенно в онкологии. Ранее метод ультразвукового исследования применялся в основном для оценки количества и размеров лимфоузлов, что являлось основным критерием в динамическом наблюдении пациентов. В настоящее время с развитием ультразвуковой аппаратуры возрастают возможности метода в дифференциальной диагностике. Улучшить диагностические возможности позволяет сочетание эхографии с доплерографией, а при необходимости с тонкоигольной биопсией под УЗ-контролем. Для того чтобы правильно определить тактику лечения пациентов с аденопатиями, необходимо знать природу процесса – доброкачественную или злокачественную.

**Цель работы** – определить роль УЗИ с доплерографией в дифференциальной диагностике поражений периферических лимфоузлов.

**Материал и методы исследования.** Всего за период с января по декабрь 2004 г. прошли УЗИ лимфоузлов 654 человека. Из них нами была выбрана группа пациентов 68 человек, направленных врачами амбулаторного звена Областного онкологического диспансера (ООД) для осуществления пункционной биопсии лимфоузла под ультразвуковым контролем. Этим пациентам после осмотра врача-онколога производилось УЗИ, дополненное исследование с помощью энергетического доплера, после чего производилась пункционная биопсия под УЗ-контролем. За основу ультразвуковой оценки были приняты следующие критерии:

1. Форма лимфатического узла (шаровидная, неправильная).
2. Соотношение поперечного и продольного диаметров лимфоузла (приближается 1:1).
3. Дифференциация в области ворот (есть/нет); структура сохранена/ не сохранена.
4. Эхогенность лимфатического узла (гипоэхогенный).
5. Тип кровотока в лимфоузле (хилусный, периферический, смешанный).

На основании УЗИ с доплерографией пациенты были поделены на три группы. Первая – с предположительно метастатическим характером поражения (29 человек), вторая – с лимфопролиферативным заболеванием (16 человек) и третья – с доброкачественной гиперплазией лимфоузлов (19 человек). Вопрос о необходимости гистологической верификации решался врачом-онкологом конкретно в каждом случае по совокупности данных методов медицинской визуализации, цитологического заключения и клинической картины.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Из 68 произведённых пункционных биопсий 64 оказались информативными, что составило 94,1%. В первую группу вошло 29 больных (45,3%). Из них у 25 (86,2%) было отмечено соответствие ультразвуковой и цитологической картины. Во вторую группу вошло 16 больных (25%). Из них совпадение заключений было у 14 (87,5%). В группу доброкачественных гиперплазий вошло 19 больных (29,7%), из них у 15 (79%) выявлено соответствие ультразвуковой и цитологической картины. Таким образом, в среднем специфичность метода составляет 84,3%.

При дальнейшей оценке полученных нами данных проводилась корреляция с имеющимися гистологическими верификациями. При оценке результатов в первой группе выяснилось, что у всех 25 больных диагноз злокачественного заболевания подтверждён гистологически, метастазы были обнаружены при УЗИ и цитологическом исследовании. Случаи расхождения были у 4 больных (13,4%). В двух случаях (6,7%) по УЗ-картине было заподозрено метастатическое поражение, после цитологического исследования высказано мнение о возможном лимфогранулематозе, который впоследствии был подтверждён гистологически. У двух пациентов (6,7%) цитологически установлена неспецифическая гиперплазия лимфоузла.

Во второй группе гистологическая верификация проводилась у 14 больных (двое отказались от предложенной биопсии). Из 14 больных совпадение ультразвуковой, цитологической и гистологической картины было у 11 (78,6%). У одного больного (7,1%) по УЗ-исследованию было дано заключение о лимфопролиферативном заболевании, после цитологического исследования заподозрен метастаз железистого рака, что подтвердилось гистологическими данными. У двух больных (14,2%) по УЗИ сложилось впечатление о лимфопролиферативном поражении, по цитологическому заключению у одного заподозрен метастаз, у другого – доброкачественная гиперплазия, гистологически установлен диагноз злокачественной лимфомы.

В группе доброкачественных гиперплазий у 15 больных (79%) совпали данные УЗИ, цитологии и клинической картины, поэтому гистологическое исследование не проводилось. Из оставшихся четырёх случаев несоответствия у двух больных расхождение было по УЗ-картине (10,5%), которая указывала на доброкачественную гиперплазию узла. Цитологическое заключение соответствовало поставленному ранее гистологически диагнозу лимфомы, и с учётом клинической картины эти случаи расценены как рецидив. В одном случае (5,2%) был заподозрен туберкулёз, и пациент направлен на дообследование в тубдиспансер. У последнего пациента (5,2%) ультразвуку-