

Цель

Оценить эффективность ЭМА в симптоматической терапии РШМ.

Материал и методы исследования

Описание клинического случая (материалы публикуются с согласия пациента).

Результаты исследования и их обсуждение

Пациентка А., 39 лет, поступила в ГОКБ 23.08.2016 г. с жалобами на боли внизу живота и темные выделения из половых путей с неприятным запахом. Указанные симптомы беспокоят около 2 месяцев. Менархе — в 13 лет, менструации установились сразу, по 5 дней через 28–30 дней, умеренные, безболезненные. В анамнезе 3 срочных родов (без особенностей) и 3 аборта. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. С 16 августа находилась на лечении в акушерско-гинекологическом отделении стационара 2 уровня, где был выполнен общеклинический минимум обследований, были взяты мазки-отпечатки на онкоцитологию с экзо- и эндоцервикса, биопсия шейки матки, а также выполнены смотровая цистоскопия, УЗИ органов брюшной полости и почек, ФГДС.

Спустя неделю после взятия биопсии шейки матки (22.08.2016) пациентка стала предъявлять жалобы на обильные кровянистые выделения из половых путей, был приглашен на консультацию онкогинеколог. Учитывая клинико-лабораторные данные, результаты гистологического и цитологического исследований, был выставлен диагноз «Рак шейки матки, эндодиффизная форма II. Кровотечение из распадающейся опухоли», рекомендовано — остановка кровотечения перевязкой подвздошных сосудов.

Осмотрена консилиумом, по результатам которого было согласовано решение о переводе пациентки в ГОКБ для проведения эндоваскулярного гемостаза.

24.08.2016 г. под местной анестезией Sol. Lidocaini в правую бедренную артерию был установлен интродьюсер, через который проведен катетер на проводнике в проксимальный отдел левой внутренней подвздошной артерии, затем катетеризирована левая маточная артерия дистальнее нисходящей ветви шейки матки и влагалища. Выполнена эмболизация указанной сети частицами ПВА 500–700 нм. На контрольной ангиографии определяется обрыв контрастирования ствола маточной артерии. Аналогичная манипуляция выполнена с контрлатеральной стороны. Контрольная ангиография. Катетер и интродьюсер удалены, контроль гемостаза. На рану — асептическая повязка.

При осмотре per speculum 25.08.2016 г. признаков кровотечения не выявлено, состояние расценено как удовлетворительное и пациентка для дальнейшего лечения переведена в Республиканский научно-практический центр онкологии.

Выводы

Анализ данного клинического случая показывает, что выполнение эндоваскулярного гемостаза может быть использован для паллиативного лечения больных раком шейки матки. Это метод позволяет остановить кровотечение из распадающейся опухоли, стабилизировать состояние и сделать возможным проведение специального лечения, что улучшает выживаемость у таких пациенток.

ЛИТЕРАТУРА

1. Литвинова, Т. М. Рак шейки матки: учеб.-метод. пособие / Т. М. Литвинова, С. Е. Шелкович. — Минск: БГМУ, 2013. — 58 с.

УДК 616.15:612.127.2]:616-053.1

ЭКСТРАМЕМБРАННАЯ ОКСИГЕНАЦИИ КРОВИ В НЕОНАТОЛОГИИ

Корбут И. А., Накамура Т.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

г. Гомель, Республика Беларусь

«Детская больница префектуры Нагано», Япония

Введение

Экстракорпоральная мембранная оксигенация крови (ЭКМО) — это процедура продленного экстракорпорального кровообращения, применяемая у пациентов с остро развив-

шейся и потенциально обратимой респираторной, сердечной или кардиореспираторной недостаточностью, которая не отвечает на стандартную терапию. При этом кровь пациента перфузируется через мембранный оксигенатор, в котором происходит газообмен, и затем возвращается к пациенту [1].

Впервые этот метод лечения был применен в 1952 г. в Великобритании у взрослого пациента, а в 1974 г. в США был использован при меконеальной аспирации у новорожденного.

Кровь могут брать из правого предсердия и возвращать в венозное русло через бедренную вену — вено-венозное шунтирование, но наиболее часто ее возвращают в артериальную систему — венозно-артериальная циркуляция. Путем разреза на шее осуществляют доступ к яремной вене, через которую в правое предсердие вводят катетер большого диаметра (10–16 French) с множественными отверстиями. Артериотомия общей сонной артерии позволяет провести канюлю (8–14 French) в дугу аорты. Венозная кровь оттекает в резервуар, где пропускается через силиконовую мембрану, проницаемую для кислорода и углекислоты. Движение кислорода и углекислоты внутри мембраны регулируется таким образом, чтобы газы в возвращающейся крови поддерживались на оптимальном уровне ($PO_2 = 100$ мм Hg, $PCO_2 = 30$ мм Hg) [1].

При нахождении пациента на обходном кровообращении, легкие вентилируются со скоростью 10 раз в мин ($FIO_2 0,21$). Пик давления на вдохе (PIP) поддерживается на уровне 20 см H_2O , а положительное давление конца выдоха (ПДКВ) — 5 см H_2O . Это давление помогает легким «отдохнуть» до того момента, когда они смогут расправиться при идеальных кровотоке и вентиляции. Скорость забора крови от больного первоначально должна быть около 100 мл/кг/мин (нормальный сердечный выброс колеблется от 120 до 300 мл/кг/мин). Если обходное кровообращение превышает 80 % сердечного выброса, то кривая артериальной волны уплощается. Тщательное измерение показателей газов артериальной крови позволяет регулировать в оксигенаторе соотношение кислород/углекислота/воздушная смесь и скорость перфузии. Постдуктальное PO_2 в идеале должно быть 60–80 мм Hg, в то время как сатурация в правом предсердии 65–75 %. При этих показателях обеспечивается достаточное поступление в организм кислорода [1, 2].

После периода в 24 часа или более объем забираемой от пациента крови может быть уменьшен, поскольку легочная перфузия улучшается. Частота вентиляции и FIO_2 регулируются таким образом, чтобы легкие имели возможность поддерживать вентиляцию независимо от экстракорпоральной мембранной оксигенации. Критерии для снятия с экстракорпоральной мембранной оксигенации не ограничены какими-либо жесткими рамками. Например, экстракорпоральная мембранная оксигенация может быть прекращена, когда на обходную циркуляцию приходится менее 15 % сердечного выброса, легкие при этом обеспечивают уровень PaO_2 выше 60, $PaCO_2$ меньше 40, при PIP ниже 0,3 и частоте дыхания меньше 30 в 1 минуту.

При проведении экстракорпоральной мембранной оксигенации возникают еще две важные проблемы — необходимость общего применения гепарина и опасность возникновения ишемии мозга. Доза гепарина устанавливается таким образом, чтобы поддержать время активного свертывания крови на уровне 3–4 мин (норма 1,5–2,0 мин). Время активного свертывания крови определяют ежедневно и на основании полученных результатов регулируют дозу гепарина. В связи с указанными обстоятельствами всегда существует риск развития кровотечения, как вследствие вентиляционного повреждения легких, так и спонтанного кровотечения любой локализации. Иногда возникает и внутричерепное кровоизлияние, которое отчасти может быть связано с внутричерепной венозной гипертензией в результате канюлирования яремной вены. Поэтому ежедневно следует проводить УЗИ мозга. Внутричерепное кровоизлияние чаще отмечается у недоношенных детей, родившихся раньше 35-й недели гестации. В этой группе экстракорпоральная мембранная оксигенация может быть противопоказана. Еще одна опасность при использовании данного метода связана с агрегацией тромбоцитов в местах соединения трубок и на мембране. При количестве тромбоцитов меньше 80 тыс. производится их трансфузия. В результате окклюзии общей сонной артерии может возникнуть ишемия мозга. Однако это редкое осложнение, поскольку коллатеральное кровообращение из позвоночных артерий, противоположной сонной и Виллизиевого круга достаточно интенсивное. Следует лишь

иметь в виду, что неврологические нарушения отмечаются у многих пациентов в течение длительного времени в отдаленном периоде, но это, как правило, связано не собственно с ЭКМО, а с исходной гипоксией, которая и потребовала проведения ЭКМО.

Цель

Изучить перспективы применения ЭКМО в неонатологии.

Материал и методы исследования

Клинический случай — наблюдение за выхаживание новорожденного во время стажировки в детской больницы префектуры Нагано (Япония).

Результаты исследования и их обсуждение

Новорожденная девочка была доставлена из клиники Мацумото (центр 2 уровня). Ребенок от второй беременности, вторых срочных родов. В конце первого периода родов были диагностированы поздние децелерации, что свидетельствует о развившемся дистрессе плода. Родоразрешение было произведено путем вакуум-экстракции, оценка по шкале Апгар на 1 минуте — 1 балл, затем — ИВЛ. Газовый состав пуповинной крови — рН 6,92, ВЕ — 20,2 ммоль/л. В связи с тяжестью состояния транспортирована в течение 20 минут в детскую больницу префектуры Нагано (центр 3 уровня), консилиумом неонатологов и реаниматологов принято решение о проведении ЭКМО согласно протокола при дыхательной недостаточности новорожденного. Были подобраны дозы препаратов для седации и кардиотропной поддержки, которые корректировались ежедневно. Также ежедневно выполнялось УЗИ головного мозга и рентгеновское исследование органов грудной клетки. В течение 2 недель ЭКМО было завершено, в течение месяца — ребенок был снят с ИВЛ. При исследовании головного мозга были выявлены кисты, активность по ЭЭГ — снижена. К реабилитации был подключен невролог и физиотерапевт и была разработана специальная программа реабилитации. Девочка начала самостоятельно есть из рожка, появились спонтанные движения в конечностях. По истечении 2-х месяцев ребенок был выписан домой с рекомендацией продолжать массаж, гимнастику и провести очередной курс реабилитации спустя 2 недели.

Выводы

Экстракорпоральную мембранную оксигенацию обычно применяют для спасения тех пациентов, у которых имеются прогностические критерии неэффективности вентиляции и соответственно неблагоприятного исхода. Длительность экстракорпоральной мембранной оксигенации может быть в течение 2 недель и более. Продолжительная гипоксия, несомненно, оказывает неблагоприятное влияние на мозг, сердце, функцию почек и определяет неблагоприятный прогноз с летальностью, превышающей 80 %. Не менее серьезны бывают последствия гипоксического поражения и у выживших. Риск же возникновения этих осложнений при использовании ЭКМО намного ниже.

ЛИТЕРАТУРА

1. Протоколы заседаний Экспертного совета РЦРЗ МЗСР РК, 2015.
2. ELSO Neonatal Respiratory Failure Supplement to the ELSO General Guidelines, 2013. — 5 p.

УДК [130.3:94]:[303.62:378.4-057.875(476.6)]

ПРОБЛЕМА ФОРМИРОВАНИЯ ИСТОРИЧЕСКОГО СОЗНАНИЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ (НА ПРИМЕРЕ ГрГМУ)

Королёнок Л. Г.

Учреждение образования

**«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь**

Введение

Преподавание исторических и других дисциплин социально-гуманитарного цикла составляет важную часть современного университетского образования независимо от профиля специальности. Особую роль в этом процессе играет определение наиболее актуальных и