

ТЯЖЕЛЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ВНУТРИМОЗГОВОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Лунева И.Е., Полищук Р.В., Сергеев Д.В., Ануфриев П.Л., Гулевская Т.С., Шабалина А.А., Рябинкина Ю.В., Пирадов М.А.

Научный центр неврологии, Москва

Введение. Внутримозговые кровоизлияния (ВМК) занимают одно из ведущих мест в структуре неотложной неврологии и нейрохирургии по всему миру. В мировой литературе обсуждаются следующие факторы риска развития ВМК: аневризмы, артерио-венозные мальформации (АВМ), артериальная гипертензия, прием пероральных антикоагулянтов, приобретенные или врожденные коагулопатии [1]. Важным аспектом терапии ВМК является профилактика и лечение осложнений основного заболевания. Около 50% летальных исходов в течение первых 7 суток заболевания связаны с развитием этих осложнений. Наиболее распространенными среди них являются пневмония (5.6%), аспирация (2.6%), дыхательная недостаточность/дистресс-синдром (2%), сепсис (1.7%) [2].

Описание наблюдения. Пациентка Д., 63 лет, поступила в отделение анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии (ОАРИТ) Научного центра неврологии в плановом порядке.

Анамнез заболевания. Длительное время страдает артериальной гипертензией, постоянно принимала гипотензивную терапию. В ноябре 2017 г. вечером развилась интенсивная головная боль и через 30 минут наступила кратковременная утрата сознания. Вызвана бригада СМП. Развились тошнота, многократная рвота, нарушение речи. Во время транспортировки в стационар появилась слабость в правых конечностях. Доставлена в городскую клиническую больницу (ГКБ) города Москвы. На 2-е сутки заболевания, учитывая нарастание дыхательной недостаточности, проведена интубация трахеи, начато проведение ИВЛ.

При проведении КТ головного мозга признаки субарахноидального и вентрикулярного кровоизлияния. Кровоизлияние в левой височной доле объемом 23 мл. Отек головного мозга. Поперечная дислокация. При проведении КТ- ангиографии признаков аневризм, АВМ, стенозов брахиоцефальных артерий не выявлено. На фоне проводимой консервативной терапии по данным КТ наблюдалось уменьшение отека головного мозга и поперечной дислокации. На 10-е сутки заболевания проведена пункционная дилатационная трахеостомия. Через месяц установлена гастростома. За время нахождения пациентки в ГКБ состояние оставалось крайне тяжелым, отмечалось развитие инфекционных осложнений: пролежней, пневмонии, мочевого инфицирования. В конце января 2018 года для продолжения лечения госпитализирована в ОАРИТ ФГБНУ НЦН, транспортирована реанимационной бригадой.

При поступлении: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, тургор резко снижен, выраженное шелушение кожных покровов. Периферические вены не контурируют, симптом бледного пятна более 5 сек. Отслоение эпителия на стопах, кистях. Вся площадь спины, боковые поверхности кожных покровов справа, слева покрыта корочками подсыхающих пустул. Нарушение целостности кожных покровов по задней поверхности шеи, коже спины, правой ушной раковины с оголением хряща, при пальпации плотный тяж по заднему краю правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Дефект кожных покровов в области крестца, трещина кожных покровов области копчика 3 см. Кожа в области трахеостомы гиперемирована с демаркационным валиком, слизисто-гнойное отделяемое со зловонным запахом. Проявления кандидоза в области паховых складок. Проводится ИВЛ через трахеостомическую трубку, признаки негерметичности манжеты. При аускультации дыхание жесткое, ослаблено нижних отделах с обеих сторон. Непостоянные сухие свистящие и влажные хрипы во всех легочных полях. Сердечная деятельность ритмичная, тоны приглушены. АД 174/80 мм рт. ст., ЧСС 107 в минуту. Живот мягкий при пальпации, глубокой пальпации недоступен. Границы печени определить невозможно, единичные шумы кишечной перистальтики. Питание через гастростому. Стоит уретральный катетер, моча желтого цвета, мутная.

Неврологический статус. Сопор, счет по Шкале комы Глазго – 9 баллов. Лежит с закрытыми глазами, на болевой раздражитель открывает левый глаз. На вопросы не отвечает. Инструкции не выполняет. Менингеального синдрома нет. Анизокория, D=3 мм, S=5 мм. Расходящееся косоглазие за счет OS. Фотореакция снижена слева. Правосторонняя гемиплегия, минимальные движения в левых конечностях. Сухожильные и периостальные рефлексы высокие D>S. Мышечный тонус в левых конечностях повышен по спастическому типу, гипотония в правой руке. Рефлекс Бабинского слева. Чувствительная, координаторная сферы не оценивались из-за тяжести состояния, речевых нарушений.

Дополнительные методы исследования. Исследование газового состава капиллярной крови (при поступлении в ОАРИТ): pH 7,457; pCO₂ 27,3 мм рт.ст., pO₂ 142 мм рт. ст. (проводится ИВЛ через трахеостому).

Клинический анализ крови (1-е сутки пребывания в ОАРИТ) выявил анемию средней степени тяжести, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Электролиты плазмы крови (1-е сутки заболевания): калий 3,3 ммоль/л, натрий 142 ммоль/л, осмолярность 288,4 мОсм/л.

Рентгенография органов грудной клетки (1-е сутки заболевания) выявил диффузное снижение легочных полей. На этом фоне в проекции нижних отделов легкого определялись зоны сниженной воздушности легочной ткани по типу «матового стекла», за счет гиповентиляции.

При проведении ЭхоКГ (1-е сутки заболевания) выявлена незначительная концентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка. Незначительное количество жидкости в перикарде (менее 100 мл).

Осмотр терапевта: Последствия двусторонней нижнедолевой пневмонии. Артериальная гипертензия 3 степени, риск ССО 4. Гастростома. Трахеостома. Анемия.

Консультация эндокринолога: Сахарный диабет 2 типа.

МРТ головного мозга (9-е сутки пребывания в ОАРИТ): МР-данные соответствуют хроническому крово-излиянию в левом полушарии большого мозга объемом около 21,7 куб. см, состояние после внутрижелудочкового

субарахноидального кровоизлияния в обоих полушариях большого мозга, вероятнее всего, сосудистого генеза. Результаты прочих исследований (биохимического анализа крови, клинического анализа

мочи, ЭКГ, ЭГДС, УЗИ органов брюшной полости, дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий, УЗИ вен нижних конечностей) были в норме.

Лечение. Инфузионная, антибактериальная, гипотензивная, сахароснижающая гастропротекторная, бронхолегочная, симптоматическая терапия, ИВЛ, кормление через назогастральный зонд, массаж, ЛФК с инструктором, занятия на велотренажере MotoMed letto2, занятия с логопедом.

Течение заболевания. При поступлении в ОАРИТ в связи с наличием интоксикационного синдрома образцы биологических жидкостей взяты для микробиологического исследования и назначена эмпирическая схема противомикробной терапии, которая включала меропенем 3 г/сутки, ванкомицин 2 г/сутки, колистин 6 млн ЕД/сутки. Результаты микробиологического исследования: моча – *Klebsiella pneumoniae* БЛРС (чувствительные

колистину); жидкость трахеобронхиального дерева – *Klebsiella pneumoniae* БЛРС (чувствительные к колистину, амикацину); кровь – роста не обнаружено; отделяемое из раны в области спины – *Candida albicans* (чувствительно флуконазолу), *Acinetobacter nosocomialis* (чувствительно к Меропенему, Колистину); содержимое канала гастростомы – *Proteus mirabilis* (чувствительно к Меропенему).

После получения результатов бактериологического исследования, схема этиотропной противомикробной терапии скорректирована. На этом фоне отмечена положительная динамика в виде повышения уровня бодрствования до ясного сознания, регресса инфекционных осложнений (пневмонии, пиодермии кожи спины), дисфагии, начато отлучение от ИВЛ и в начале февраля 2018 г. пациентка переведена на самостоятельное дыхание, по газам крови компенсирована. Также отмечена положительная динамика в неврологическом статусе в виде повышения уровня сознания до ясного, появление речевой продукции, появление движений в руках и ногах, регресс дисфагии. Пациентка переведена из ОАРИТ ФГБНУ НЦН в реабилитационный центр.

Таким образом, в описанном клиническом случае улучшение неврологической симптоматики напрямую связано с регрессом инфекционных осложнений.

Обсуждение. Представленный клинический случай демонстрирует описанные в литературе инфекционные осложнения при критических состояниях у неврологических пациентов. Установлено, что у пациентов, находящихся на лечении в ОАРИТ, инфекционные осложнения являются важным фактором, влияющим на течение и прогноз основного заболевания. Профилактика, своевременное лечение инфекционных осложнений позволяет улучшить исходы основного заболевания, снизить длительность проведения ИВЛ, а также снизить длительность пребывания пациента в стационаре. Все это обуславливает особое внимание врачей к изучению данной проблемы в неотложной неврологии.

Литература

- Hemphill, J.C. 3rd. Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage/ J.C. Hemphill 3rd [et al.] // Stroke. – 2015. – №7(46). – P. 2032-2060.
Lyden, P.D. Safety and tolerability of NXY-059 for acute intracerebral hemorrhage: the CHANT Trial / P.D. Lyden [et al.] // Stroke. – 2007. – №8(38). – P. 2262–2269.