

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© АНКУДИНОВ А.С., ЯКОВЕНКО А.А. – 2016
УДК: 373.6/9:34

АСПИРАЦИОННАЯ ПНЕВМОНИЯ НА ФОНЕ ОДНОКРАТНОГО ПРИЕМА АЛКОГОЛЯ У БОЛЬНОЙ С КРИПТОГЕННОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Андрей Сергеевич Анкудинов, Анастасия Александровна Яковенко
(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов,
кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. – д.м.н. А.Н. Калягин)

Резюме. Анализируются факторы риска возникновения аспирационной пневмонии, отдельно изучается негативное влияние на риски возникновения аспирации приёма алкоголя. Представлено клиническое наблюдение возникновения аспирационной пневмонии на фоне однократного приема алкоголя у больной с криптогенной эпилепсией. Материал иллюстрирован рентгенологическими данными.

Ключевые слова: аспирационная пневмония, эпилепсия, алкоголь.

ASPIRATION PNEUMONIA ON A BACKGROUND OF A SINGLE DOSE OF ALCOHOL IN A PATIENT WITH CRYPTOGENIC EPILEPSY

A.S. Ankudinov, A.A. Yakovenko
(Irkutsk State Medical University, Russia)

Summary. The risk factors of becoming aspiration pneumonia are studied as well as negative impact on the occurrence of aspiration risks of alcohol uptake. A clinical case of occurrence of aspiration pneumonia on a background of a single dose of alcohol in patient with cryptogenic epilepsy is presented. The material is illustrated with radiological data.

Key words: aspiration pneumonia, epilepsy, alcohol.

Аспирационная пневмония (АП) развивается в результате аспирации содержимого полости рта и глотки, колонизированного патогенными возбудителями. Несмотря на то, что аспирация является основным механизмом поступления возбудителя в дыхательные пути как при внебольничных, так и госпитальных пневмониях, АП принято называть только пневмонией у больных после документированного эпизода массивной аспирации или у больных, имеющих факторы риска для развития аспирации [3]. Аспирация определяется как случайное попадание ортофарингеального или желудочного содержимого (эндогенных субстанций) или жидкости и твердых частиц (экзогенных субстанций) в нижние дыхательные пути [5]. У больных, находящихся в бессознательном состоянии, на риск развития аспирации большое влияние оказывает положение тела больного: чаще всего аспирация встречается при положении больного на спине, в положении полусидя риск АП снижается в 3 раза [6]. В отличие от пневмонии, вызванной типичными внебольничными штаммами (пневмококк), АП развивается постепенно, без четко выраженного острого начала. У многих больных через 8-14 дней после аспирации формируются абсцессы легких или эмпиема [3].

Факторы риска, влияющие на развитие аспирационной пневмонии, делятся на 2 группы: связанные с больным и связанные со свойствами аспирационного материала (табл. 1).

На фоне вышеперечисленных факторов стоит выделить заболевания нервной системы, обострение которых, к сожалению, нередко приводит к аспирации рвотных масс с последующим развитием АП. В данном контексте речь идет об эпилепсии. Эпилепсия – это хроническое заболевание головного мозга различной этиологии, которое характеризуется повторяющимися приступами, обусловленными чрезмерными разрядами церебральных нейронов, ассоциированными с разнообразными проявлениями [2]. Связующим «агентом» между течением эпилепсии и возникновением АП явля-

ется употребление алкоголя. Злоупотребление алкоголем представляет собой большую проблему для системы здравоохранения любой страны мира. Однако осложнения эпилепсии в виде развития эпилептического приступа может произойти даже после незначительного ко-

Факторы риска развития аспирационных пневмоний
(H.A. Cassire, M.S. Niederman, 1998)

Факторы риска, связанные с больным	Факторы риска, связанные со свойствами аспирированного материала
Нарушения сознания Тяжелы фоновые заболевания Инсульт Судороги Алкоголизм Дисфагия Гастроэзофагиальный рефлюкс Состояние после гастроэктомии Ксеростомия Зонд для энтерального питания Болезни зубов и десен	pH менее 2,5 Крупные частицы в аспирате Большой объем аспирата (более 25 мл) Гипертонический раствор Высокая бактериальная контаминация

чества принятого алкоголя. Так в исследовании А.С. Котова у больных, поступавших в приемное отделение с дебютом или рецидивом приступов, в 78% случаев приступы возникли в интервале от 7 до 30 час. после употребления последней дозы алкоголя. За исключением 2 человек, у которых приступы произошли через 2 недели или более, после последнего употребления спиртного; у остальных 22% обследованных приступы происходили в течение 72 час. после прекращения приема алкоголя. Несколько приступов произошли во время активного употребления алкоголя [6]. Также стоит отметить, что течение АП на фоне эпилептического приступа нередко имеет осложненное течение и достаточно трудно поддается консервативной медикаментозной терапии.

В качестве иллюстрации к сказанному приводим собственное клиническое наблюдение.

Больная Л., 38 лет, в течение 25 лет страдает криптогенной эпилепсией в форме частых генерализованных приступов. Базисная терапия – карбамазепин 200 мг 3 раза в день, в течение 18 лет. Сопутствующие заболевания: Ожирение 1ст. Артериальная гипертензия 1

стадии, риск 2. ХСН 1 стадии, 1 ФК. Жёлчнокаменная болезнь, ремиссия.

Поступила 3.07.2015 г. в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) ИГКБ №1 с жалобами на высокую температуру (39-40°C), слабость, громкие хрипы, выраженную инспираторную одышку, учащенное сердцебиение до 114 уд/мин.

Из анамнеза известно, что 23.06.2015 г. было принято 200 мл алкоголя (водка). Через 12 часов на фоне относительного благополучия появились тонико-клонические судороги, потеря сознания, рвота, с последующей аспирацией в дыхательные пути. Через 2 дня состояние больной ухудшилось, появилась слабость, диарея, головная боль. В течение следующей недели находилась дома, пока не появились хрипы и высокая температура (40-41°C). 1.07.2015 г. – вызов скорой помощи, диагноз – кишечная инфекция, от предложенной госпитализации больная отказалась. Из-за не проходящих симптомов болезни 3.07.2015 г. – вызов участкового врача на дом – предварительный диагноз – внебольничная правосторонняя пневмония. Больная госпитализирована в отделение интенсивной терапии и реанимации.

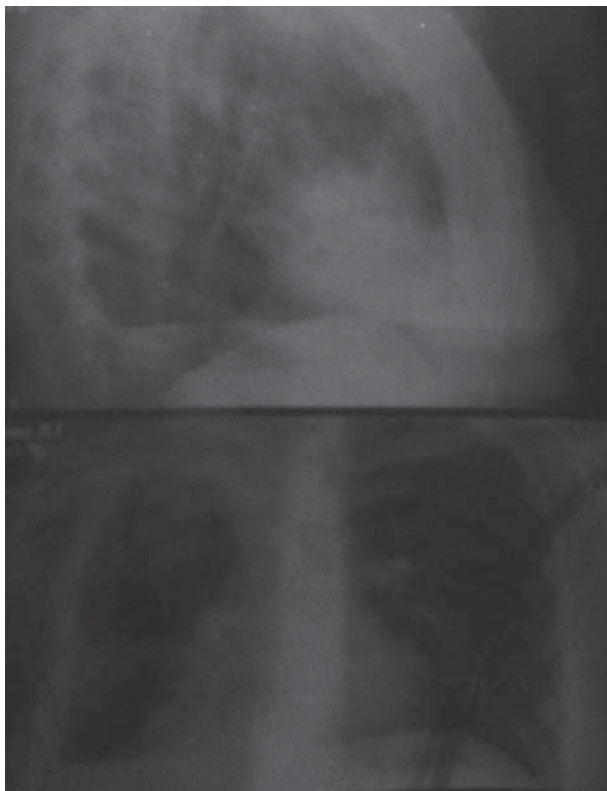


Рис. 1. Рентгенограмма больной на момент поступления.

В ОРИТ проводилась антибактериальная, противовоспалительная и метаболическая терапия. Не смотря на это, состояние больной ухудшилось: прогрессия явлений дыхательной недостаточности, интоксикационного синдрома. По данным рентгенологического исследования: тотальная гангрена правого легкого (рис. 1). Больная была переведена в отделение гнойной хирургии, с целью проведения пневмэктомии справа. Однако выполнить в полном объеме вмешательство не удалось

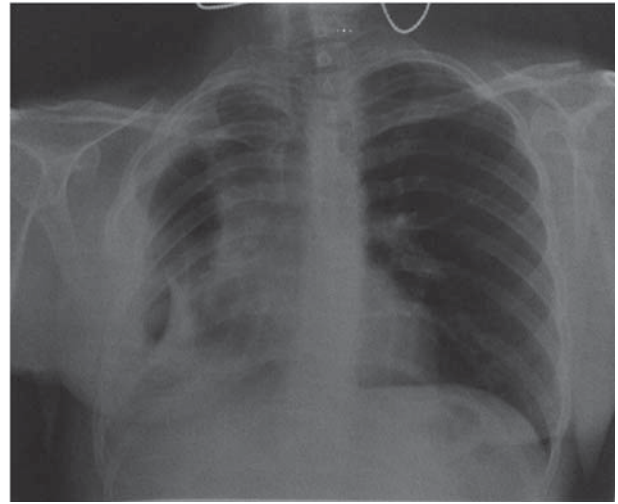


Рис. 2. Рентгенограмма больной в динамике.

ввиду выраженных рубцовых изменений корня правого легкого. Сформирована плевростома, окклюзированы бронхиальные свищи. 11.11.2015 г. – удаление окклюдеров из среднедолевого и частично (проходимость восстановлена) из верхнедолевого бронха справа (рис. 2).

Продолжены санирующие перевязки плевростомы, физиолечение, ингаляции с муколитическими препаратами. В удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторное лечение по месту жительства. Решение вопроса о закрытии плевростомы через 2-3 месяца (запланирована плевропластика, ушивание бронхиальных свищей).

Могут ли больные эпилепсией употреблять алкоголь? Более 30 лет назад в исследовании R.H. Mattson и соавт. было установлено, что увеличение употребления алкоголя с 1 порции до 5 за один прием повышает частоту возникновения приступов эпилепсии у больных с 5 до 85% [4]. Анализируя описанный случай и вышеизложенные данные, формируется заключение о полном противопоказании употребления алкоголя больными с эпилепсией. Разрешение проблемы взаимопонимания между больным и врачом, строгое выполнение всех врачебных рекомендаций является важным залогом успеха в терапии эпилепсии и профилактики возникновения приступов. Также повышение качества помощи больным с эпилепсией связано с оптимизацией фармакотерапии, также требующей системных организационных подходов, однако данная позиция является темой других исследований.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Исследователи несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и иных взаимодействиях. Все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

Работа поступила в редакцию: 21.09.2016 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Котов А.С. Эпилепсия у злоупотребляющих алкоголем и наркотиками // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2015. – №10. – С.85-88.
2. Ярмухаметова М.Р. Течение и прогноз при эпилепсии // Неврологический вестник. – 2012. – №3. – С.64-68.
3. Bartlett J.G. Anaerobic bacterial infections of the lung and

- pleural space // Clin Infect Dis. – 1993. – №4. – P.248-250.
4. Mattson R.H., Sturman J.K., Gronowski M.L. Effect of alcohol intake in nonalcoholic epileptic epileptics // Neurology. – 1975. – Vol. 25. – P.361-362.
5. The committee for The Japanese Respiratory Society guidelines in management of respiratory infections. Aspiration

pneumonia // *Respirology*. – 2004. – №9. – P.35-37.

6. Jurado R.L., Franco-Paredes C. Aspiration pneumonia: a

misnomer // *Clin. Infect. Dis.* – 2001. – Vol. 33. – P.1161-1162.

REFERENCES

1. Kotov A.S. Epilepsy abuse alcohol and drugs // *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. – 2015. – №10. – P.85-88. (in Russian)

2. Yarmuhamedova M.R. *Course and prognosis in epilepsy* // *Nevrologicheskij Vestnik*. – 2012. – №3. – P.64-68. (in Russian)

3. Bartlett J.G. Anaerobic bacterial infections of the lung and pleural space // *Clin Infect Dis*. – 1993. – №4. – P.248-250.

4. Mattson R.H., Sturman J.K., Gronowski M.L. Effect of alcohol intake in nonalcoholic epileptic epileptics // *Neurology*. – 1975. – Vol. 25. – P.361-362.

5. The committee for The Japanese Respiratory Society guidelines in management of respiratory infections. *Aspiration pneumonia* // *Respirology*. – 2004. – №9. – P.35-37.

6. Jurado R.L., Franco-Paredes C. Aspiration pneumonia: a misnomer // *Clin. Infect. Dis.* – 2001. – Vol. 33. – P.1161-1162.

Информация об авторах:

Анкудинов Андрей Сергеевич – ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней, к.м.н., 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, e-mail: andruhin-box@yandex.ru; Яковенко Анастасия Александровна – студент 303 группы лечебного факультета, 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, e-mail: med-nya@yandex.ru.

Information About the Authors:

Ankudinov A.S. – MD, PhD (Medicine), Assistant Professor of Internal Medicine propaedeutics, 664003, Krasnogo Vosstania st., 1, e-mail: andruhin-box@yandex.ru; Yakovenko A.A. – student of group 303 medical faculty, 664003, Irkutsk, red Revolt str., 1, e-mail: med-nya@yandex.ru

© НИКИТЕНКО П.С., МИКЛЯЕВА П. В., НИКИТЕНКО С.В., ТИМОШЕНКО Е.В., КАРНАУХ В.Н. – 2016
УДК 616.8-005

ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ У БОЛЬНОГО С АДЕНОКАРЦИНОМОЙ ЖЕЛУДКА

Павел Сергеевич Никитенко^{1,2}, Полина Владимировна Микляева², Сергей Владимирович Никитенко²,
Елизавета Викторовна Тимошенко², Валентина Николаевна Карнаух¹

(¹Амурская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф. Т.В. Заболотских;

²Благоевещенская городская клиническая больница, гл. врач – С.В. Петрухин)

Резюме. Ишемический инсульт (ИИ) традиционно считается заболеванием людей пожилого возраста. Однако, его развитие возможно в молодом возрасте вследствие различных причин, в том числе – паранеопластического синдрома. В статье описывается клиническое наблюдение ИИ, ассоциированного с раком желудка.

Ключевые слова: рак желудка, ишемический инсульт, лица молодого возраста, аденокарцинома желудка, паранеопластический синдром.

ISCHEMIC STROKE IN PATIENT WITH GASTRIC'S ADENOCARCINOMA

P.S. Nikitenko^{1,2}, P.V. Miklyaeva², S.V. Nikitenko², E.V. Timoshenko², V.N. Karnaukh¹

(¹Amur State Medical Academy, Blagoveschensk, Russia; ²Blagoveschensk Municipal Clinical Hospital, Blagoveschensk, Russia)

Summary. Ischemic stroke is traditionally considered to be a disease of elderly people. However, ischemic stroke is possible in young ages as well because of the development of paraneoplastic syndrome. The article first illustrates a clinical case of ischemic strokes in young people associated with a stomach cancer.

Key words: a stomach cancer, ischemic strokes in young people, paraneoplastic syndrome.

Паранеопластические синдромы (ПС) – это группа синдромов, обусловленных опосредованным действием опухолевых клеток на метаболизм, иммунитет и регуляторные системы организма, и проявившиеся в отдалении от опухоли и ее метастазов. Впервые случай ПС был описан в 1865 году французским врачом Арманом Труссо на примере тромбоза верхних и нижних конечностей у больных со злокачественным раком желудка, матки и яичка [1]. По иронии судьбы, спустя 1,5 года первооткрыватель первого ПС сам стал жертвой своего открытия, обнаружив у себя тромбоз левой руки. 27 января 1867 года Арман Труссо умер от рака желудка. За вклад в науку, гемостатический ПС назван его именем, объединив не только тромбозы вен, но и артерий [2].

Достоверно известно, что рак может приводить к состоянию гиперкоагуляции. Это связано с повышенной выработкой прокоагулянтов, цитокинов, ингибированием противосвертывающей системы крови. В литературе имеются единичные случаи описания развития инсульта вследствие активности злокачественного но-

вообразования [3,4,5,6,7]. Нами представлено клиническое наблюдение развития инсульта при злокачественном течении аденокарциномы желудка.

Больной Т., 36 лет, поступил в приемное отделение городской клинической больницы с жалобами на слабость и онемение в левых конечностях, нарушение речи. Данное состояние развилось ночью. Лекарственные препараты не принимает, АД не контролировал. Вредные привычки: злоупотребление алкоголем, курение (стаж 10 лет по пачке в день).

Состояние тяжелое. Телосложение правильное, астеническое, пониженного питания. Сознание ясное, критично. Температура тела 36,4°C. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, 76 в минуту. АД 160/100 мм рт.ст. Живот при пальпации болезненный в зоне эпигастрия. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Печень по краю реберной дуги.

В неврологическом статусе: центральный парез лицевой мускулатуры и языка слева, легкая дизартрия, слева – гемипарез, центральная гемиплегия с оживлением рефлексов и патологическими стопными рефлексами.