

Голубева Э.О.

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ПОНТИННЫЙ И ЭКСТРАПОНТИННЫЙ МИЕЛИНОЛИЗ НА ФОНЕ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Научный руководитель: ассист. Теренин М.А.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Центральный понтинный миелолиз (ЦПМ) и экстрапонтинный миелолиз (ЭПМ) представляют собой синдром осмотической демиелинизации. Этиология и патогенез окончательно неизвестны. Наиболее частой причиной развития ЦПМ является быстрая коррекция гипонатриемии. В литературе описаны случаи возникновения ЦПМ у пациентов на фоне отмены алкоголя. Прогноз при возникновении данной патологии варьируется от почти полного выздоровления до летального исхода.

Мужчина 34 лет был доставлен в приемное отделение УЗ 6 ГКБ г. Минска бригадой СМП с диагнозом: «Закрытый перелом ключицы. Несостоятельность гипсовой повязки. Алкогольная интоксикация тяжелой степени тяжести. Общее переохлаждение (Ттела – 35,2 °С)». На момент осмотра продуктивному контакту доступен ограниченно в виду алкогольной интоксикации. Ввиду тяжести состояния пациент переведен в отделение интенсивной терапии и реанимации. Электролитных нарушений при поступлении выявлено не было. В крови был выявлен этанол (4,19 промилле). Из анамнеза известно, что пациент страдает синдромом зависимости от алкоголя, неоднократно был госпитализирован по поводу абстинентного синдрома. Употребление наркотических веществ пациент отрицает.

Ввиду неадекватности поведения и сниженной критики была назначена медицинская седация (диазепам, карбамазепин и галоперидол по требованию), витамины группы В. На 3-и сутки у пациента развилась клиническая картина алкогольного абстинентного синдрома, усилена седация под контролем шкалы RASS. На 4-е сутки у пациента развивается кома, частое поверхностное дыхание, тахикардия, артериальная гипотензия, гипертермия (Ттела – 41,5 °С). Было принято решение о проведении интубации трахеи с последующим переводом пациента на искусственную вентиляцию лёгких (ИВЛ). Начата вазопрессорная поддержка (норадреналин). Гипертермия не поддавалась коррекции антипиретиками (парацетамол, диклофенак), начато физическое охлаждение. Взята кровь, моча и ликвор на стерильность и АБ-чувствительность. Выполнено УЗИ ОБП, УЗИ вен нижних конечностей, Эхо-КГ, КТ ОГК, ОБП и ГМ. Выполнение МРТ ввиду высокой вазопрессорной поддержки было невозможно из-за отсутствия амагнитных устройств для продленной инфузии. На 7-е сутки начата продленная вено-венозная гемофильтрация ввиду снижения темпа диуреза, нарастания азотемии и с целью дезинтоксикации. На 9-е сутки выполнена постановка трахеостомы. На 11-е сутки полностью прекращена медседация и вазопрессорная поддержка. На 19-е сутки была выполнена МРТ ГМ, в результате были выявлены очаги демиелинизации в области моста и лобных долях. На 20-е сутки был повторно осмотрен неврологом и начата пульс-терапия метилпреднизолоном с постепенным снижением. На 23-е сутки консилиумом было принято решение о начале терапии человеческим иммуноглобулином (по 25 грамм в сутки) в течение 3-х дней.

На данный момент пациент продолжает лечиться в условиях ОИТР. Неврологический дефицит частично регрессировал на фоне иммуносупрессивной терапии, сохраняются глазодвигательные расстройства, бульбарные нарушения, паралич в ногах и парез в руках.