

УДК 616.831

© Л. А. МАЛЬЦЕВА, Н. Ф. МОСЕНЦЕВ, В. Н. ЛИСНИЧАЯ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»

## Сепсисассоциированная энцефалопатия в структуре полиорганной недостаточности при хирургическом сепсисе

L. A. MALTSEVA, N. F. MOSENTSEV, V. N. LISNICHAYA

SI "Dnipropetrovsk Medical Academy of MPH Ukraine"

### SEPSIS-ASSOCIATED ENCEPHALOPATHY IN THE STRUCTURE OF POLYORGANIC FAILURE AT SURGICAL SEPSIS

Сепсисассоциированная энцефалопатия (Sepsis-associated encephalopathy, SAE) – мультифокальное нарушение функции головного мозга, при условии наличия инфекции, сопровождающейся синдромом системного воспалительного ответа, но без клинических и лабораторных доказательств прямой причастности инфекции к повреждению головного мозга. Сепсисассоциированная энцефалопатия является проблемой с серьезными последствиями. Пациенты, перенесшие тяжелый сепсис, часто имеют когнитивные нарушения, нарушения в поведенческой сфере, которые сохраняются в течение многих лет и могут быть необратимыми. Основным проявлением SAE является нарушение психического статуса. Легкие когнитивные нарушения проявляются в неадекватности поведения, нарушениях в эмоциональной сфере, сферах мышления, памяти, внимания. У пациентов с более тяжелым течением SAE наблюдается делирий, психомоторное возбуждение, угнетение сознания до комы.

*Цель работы:* определить клинические проявления и особенности течения сепсисассоциированной энцефалопатии у хирургических пациентов с тяжелым сепсисом и септическим шоком.

Проведено проспективное исследование 276 хирургических пациентов с тяжелым сепсисом и септическим шоком. Критерии включения в исследование: мужчины и женщины в возрасте от 18 до 80 лет; наличие  $\geq 2$  признаков синдрома системного воспалительного ответа (ССВО); наличие септического очага; информированное согласие пациента или его законного представителя.

В группе исследуемых пациентов наличие когнитивных нарушений наблюдалось у 161 пациента (58,33 %), отсутствие – у 115 (41,67 %). Среди пациентов с когнитивными нарушениями из исследования исключено 97 пациентов (60,25 %): прямое по-

вреждение головного мозга инфекционным агентом – 46 пациентов (47,42 %); тяжесть состояния, оцененная по APACHE II,  $>30$  баллов – 10 пациентов (10,31 %); сопутствующие психические заболевания – 5 пациентов (5,15 %); сопутствующая онкологическая патология – 24 пациента (24,74 %); В 20 – 8 пациентов (8,25 %); когнитивные нарушения другой этиологии – 4 пациента (4,12 %). В итоге рабочая группа составила 64 пациента: мужчин было 32 (50 %), женщин – 32 (50 %). Возраст пациентов варьировал от 22 до 80 лет ( $52,59 \pm 14,85$ ), при этом у мужчин – от 23 до 80 лет, в среднем ( $50,84 \pm 12,96$ ) года; у женщин – от 22 до 80 лет, в среднем ( $54,34 \pm 16,52$ ) года.

Уровень сознания пациентов оценивался с помощью GCS (Glasgow Coma Scale). У пациентов, находившихся в условиях режима аналгоседации или которым проводилась механическая вентиляция легких, для оценки уровня сознания дополнительно использовалась шкала FOUR (The Full Outline of Unresponsiveness). Оценка седации и возбуждения проводилась по шкале SAS (Sedation – Agitation Scale). С целью исключения органических или сосудистых поражений у пациентов с оценкой по GCS  $<13$  баллов проводилась компьютерная томография. У пациентов с оценкой по GCS  $<8$  баллов, с целью исключения менингеальной инфекции, проводилось исследование ликвора. Тяжесть состояния пациента и прогноз летальности оценивались с помощью шкал: MEDS (Mortality in Emergency Department Sepsis), SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment), которая была дополнена оценкой гастроинтестинальной недостаточности LIFE (Lausanne Intestinal Failure Estimation), APACHE II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II). Оценка обратного развития коматозного состояния и восстановления когнитивных функций проводилась по шкале RLAS (Rancho Los Amigos).

Интенсивная терапия полностью укладывалась в Международные рекомендации по диагностике и интенсивной терапии тяжёлого сепсиса и септического шока: International Guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012, дополнялась профилактикой вторичных повреждений головного мозга и, при необходимости, терапией, корригирующей поведение.

У 58,33 % (n=161) пациентов наблюдались когнитивные нарушения разной степени тяжести. Нарушение уровня сознания в исследуемой группе пациентов отмечалось у 28,13 % (n=18), при этом угнетение сознания до оглушения наблюдалось у 9,36 % (n=6), до сопора – у 14,06 % (n=9), до комы I–II – у 4,69 % (n=3). Легкие когнитивные нарушения были выявлены у 43,76 % (n=28) пациентов, депрессивные расстройства – у 18,75 % (n=12) больных, делирий – у 21,88 % (n=14) пациентов.

Психомоторное возбуждение, оцененное по SAS как опасное, отмечалось у 34,38 % (n=22) пациентов. У 6,25 % (n=4) пациентов прослеживалась этапность течения сепсисассоциированной энцефалопатии с переходом от одних проявлений когнитивных нарушений к другим.

*Выводы.* Когнитивные нарушения разной степени тяжести наблюдались у 58,33 % хирургических пациентов с тяжелым сепсисом и септическим шоком. Проявления сепсисассоциированной энцефалопатии разнообразны, от легких когнитивных нарушений (43,76 %) до делирия (21,88 %) и угнетения сознания (28,13 %), что ухудшает течение заболевания. Особенностью течения сепсисассоциированной энцефалопатии у некоторых пациентов является этапность течения, с переходом от одних проявлений когнитивных нарушений к другим.

Получено 12.04.13