Клінічні випадки симптоматичної гіпонатріемії

Фесенко У.А.,
Степанюк О.С.,
Жовнір Т.Б.

Доповідач:
Тарас Жовнір

БУС - 2019
м.Київ

Інцидентність гіпонатріемії

- Гіпонатріємія спостерігається у 30% пацієнтів відділень інтенсивної терапії.
- Найчастіші причини гіпонатріемії у госпіталізованих пацієнтів:

➢у 50% - SIAD;

➢у 20-25% - цироз печінки;

➢у 20-25% - застійна серцева недостатність.

Ступені тяжкості гіпонатріемії

- **135-130 ммоль/л – легка: Проблеми з концентрацією уваги, Когнітивний дефіцит, Порушення ходи, Остеопороз.**
- **125-129 ммоль/л – середнє-тяжка: Головний біль, Конфузія, Нудота.**
- **< 125 ммоль/л – тяжка: Блювання, Кардіо-респіраторний дистрес, Сонливість, Судоми, Кома.**
- **Симптоми не завжди корелюють з | натрію в плазмі.**

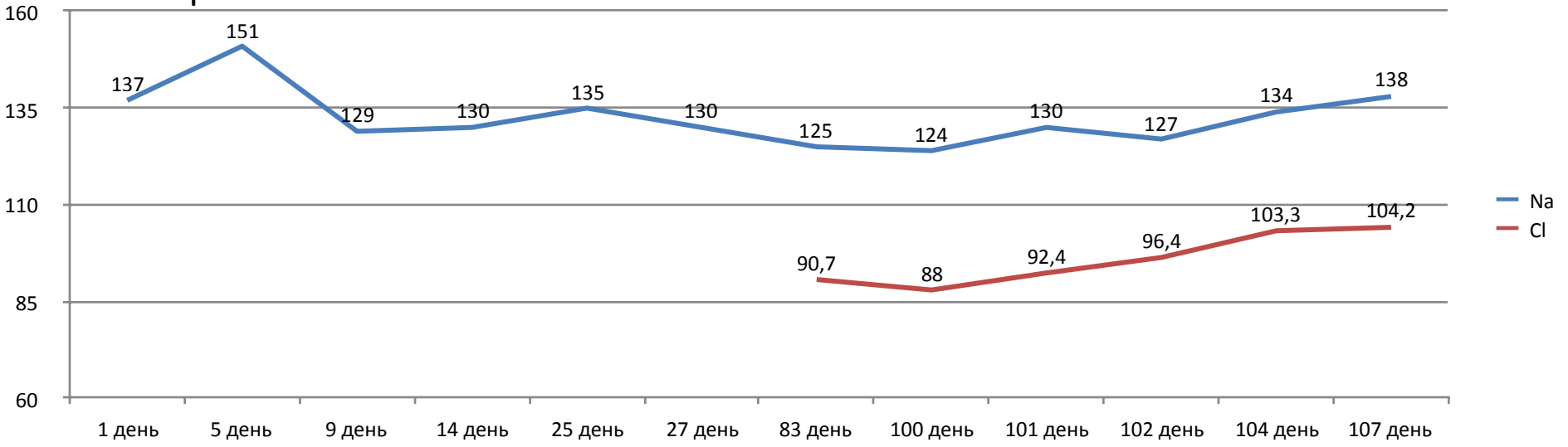
Тривалість та симптомність

- До 48 годин – гостра гіпонатріємія
- > 48 годин – хронічна гіпонатріємія

- При наявності симптомів – симптоматична,
- При відсутності симптомів – асимптоматична.

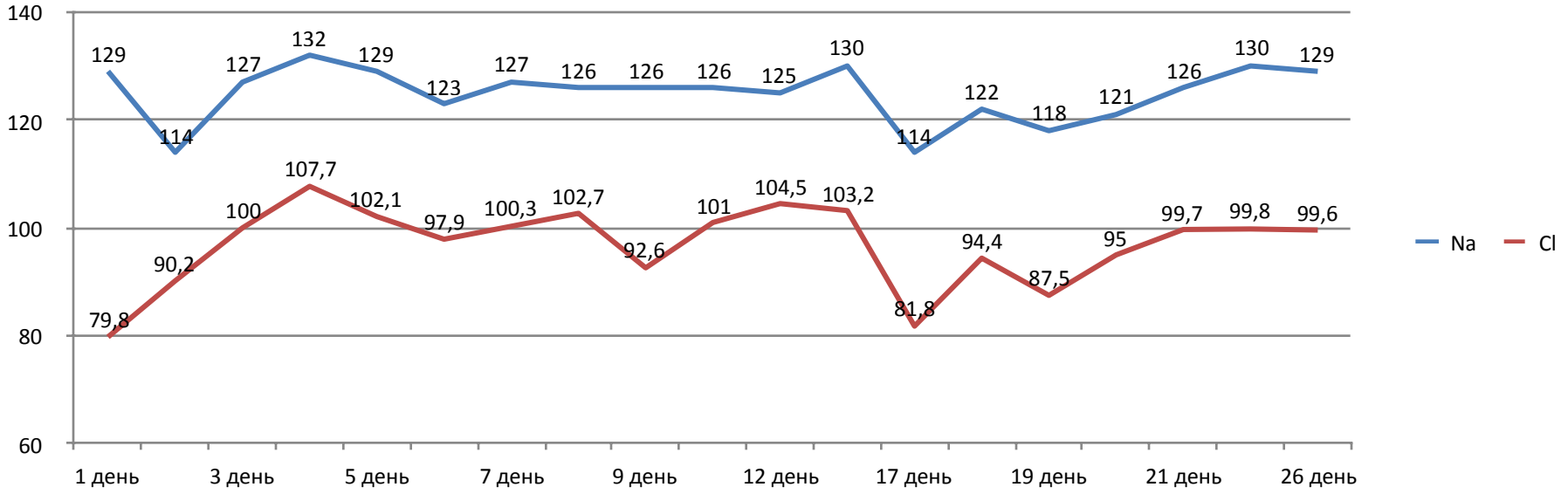
Випадок №1. Пацієнт 16 років.
Тяжка ЧМТ, наслідки – акінетичний мутізм

- Протягом перших двох місяців на тлі акінетичного мутизму після ЧМТ у пацієнта спостерігалось незначне зниження натрію в плазмі до 129 ммоль/л. На третьому місяці після травми рівень натрію в плазмі стійко тримався на низькому рівні (124-127 ммоль/л).
- На тлі різкого зниження натрію в плазмі у пацієнта спостерігались генералізовані епілептиформні судомні напади, які важко піддавались протисудомній терапії (сибазон, карбамазепін), та цілком припинялись при нормалізації натріемії. Причиною гіпонатріемії у даного пацієнта вірогідно є SIAD-синдром на тлі ЧМТ. З іншого боку дія медикаментів, недостатність наднирників також могли зіграти свою роль в розвитку гіпонатріемії.



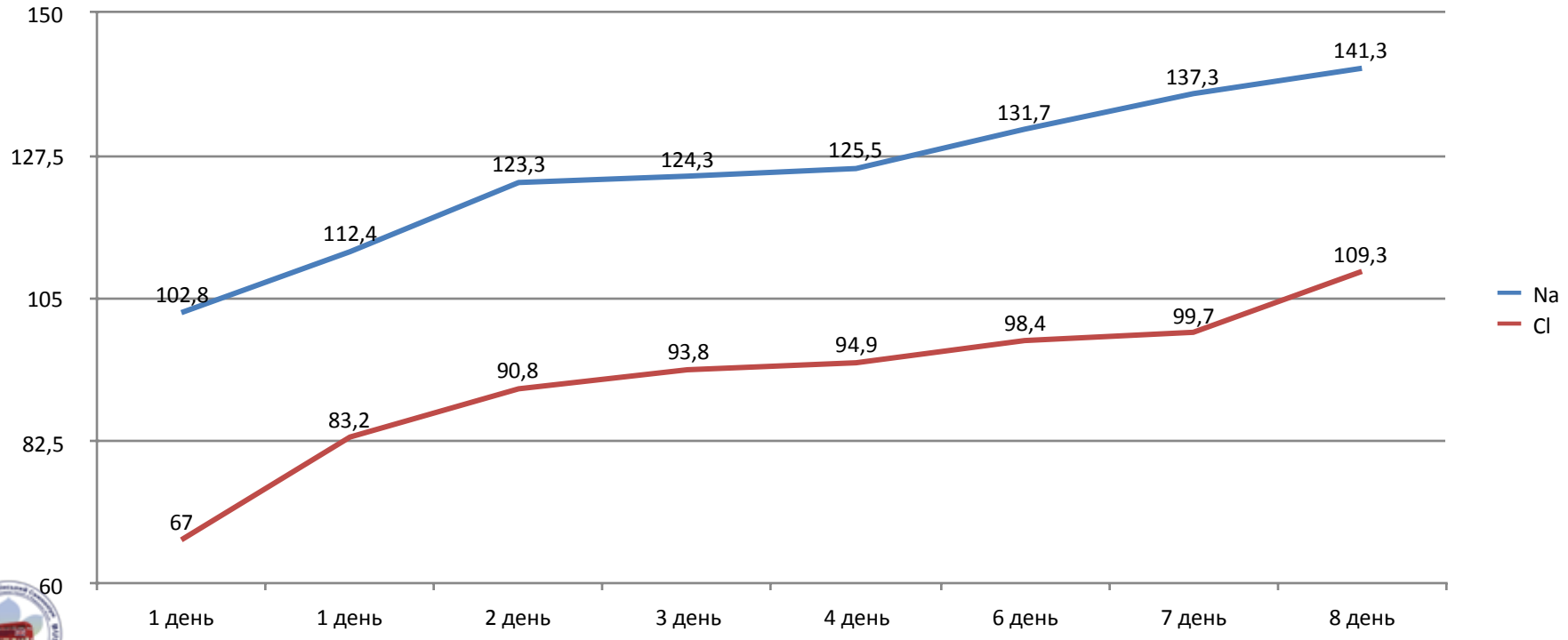
Випадок №2. Пацієнт 59 років.

- Пацієнт перебував на обстеженні і лікуванні в іншій лікарні протягом 10 діб, де проводилась коронарографія з приводу ішемічної хвороби серця. Після цієї процедури раптово виникло погіршення стану: відмічалася нудота, кількаразове блювання, загальна слабість, сонливість, дизартрія, порушення ковтання. Переведений до нашого госпіталя, де МРТ головного мозку виявила ознаки набряку головного мозку зі вторинними вогнищами ішемії. МРТ наднирників виявила жировмісну мікроаденому лівого наднирника. Вірогідною причиною гіпонатріемії у даному випадку могло бути введення рентген контрасту, який може посилити виділення натрію нирками.



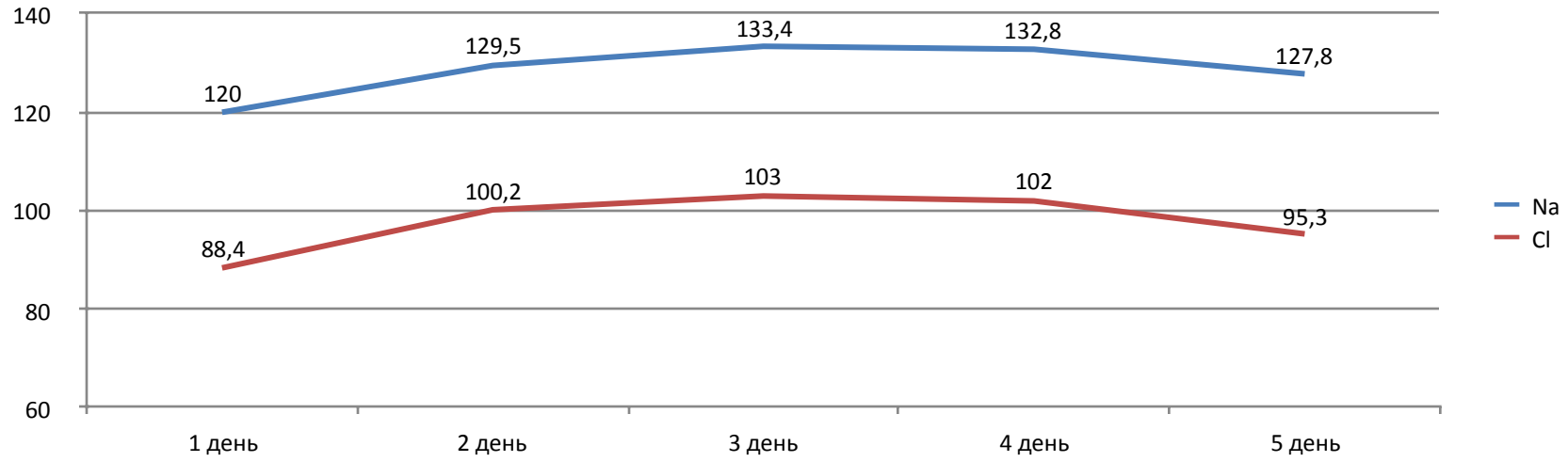
Випадок №3. Пацієнтка 84 роки.

- Зі скаргами на головні болі, підвищення АТ 180/100 мм рт.ст. поступила у ЦРЛ. Після введення фуросеміду та поляризуючої суміші (5% глюкоза + калію хлорид + магнія сульфат) раптово виникло погіршення стану: пригнічення свідомості до сопору, асиметрія обличчя, сухожилкові рефлекси D≥S, позитивний с-м Бабінського справа, АТ 130/80 мм рт.ст., пульс – 66/хв., SpO_2 = 91%. Переведена до нашого госпіталя. Причиною гіпонатріемії у даної пацієнтки найвірогідніше є інфузія 5% глюкози та введення фуросеміду.



Випадок №4. Пацієнтка 79 років.

- Поступила зі скаргами на запаморочення, нудоту, блювання, порушення координації рухів, загальну слабкість. Неврологічний статус: в свідомості, обличчя асиметричне, в позі Ромберга виражене похитування, тремор верхніх кінцівок більше справа. В анамнезі мав місце епізод трирічної давнини з проявами порушення мозкового кровообігу у вертебро-базилярному басейні, який також міг бути на тлі гіпонатріемії, але тоді рівень натрію не визначали. Корекція натріемії призвела до повного регресу симптомів ішемії в вертебро-базилярній ділянці, та діагноз ішемічного інсульту був виключений. Після стабілізації стану та натріемії пацієнтка була виписана. За 14 днів після виписки пацієнтка знову поступила до ЦРЛ за місцем проживання з вищенаведеною клінічною картиною, натрій не визначався та пацієнтка померла.



Для діагностики причини гіпонатріемії необхідні:

- Осмолярність плазми та сечі.
- Na та K плазми та сечі.
- Креатинін плазми та сечі.
- Фракційна екскреція Na, сечової кислоти, сечовини.
- Оцінка волемічного статусу пацієнта.
- Глікемія, печінкові ферменти.
- Кортизол, АКТГ, тиреоїдні гормони.

Висновки:

- Гіпонатріємія у пацієнтів відділень нейроінтенсивної терапії “маскується” під клінічну картину ішемічного інсульту у вертебро-базилярному басейні, нападу епілепсії.
- Необхідно своєчасно виявляти та проводити корекцію рівня натрію у пацієнтів з неврологічним проявами.
- Пацієнти часто мають по декілька факторів, які сприяють розвитку гіпонатріемії.

Дякую за увагу!