

УДК 616.831-002.3:576.851.49

К.Г. СЕЛЕЗНЕВ, З.Т. КЛИМОВ, М. МАКНИ, А.В. УТКИНА

ОТОГЕННЫЙ АБСЦЕСС МОЗГА, ВЫЗВАННЫЙ САЛЬМОНЕЛЛОЙ ISRAEL

Каф. оториноларингологии (зав. – проф. К.Г. Селезнев)

Донецк. нац. мед. ун-та им. М. Горького (ректор – проф. Ю.В. Думанский)

Вторичные гнойные менингиты развиваются как осложнение предшествующего септического состояния или заболевания. Инфицирование мозга или его оболочек происходит гематогенным или лимфогенным путем из первичных очагов воспаления (энтероколит, остеомиелит, кариес зубов, отит, пневмония и др.) или непосредственно путем прямого контакта с оболочками при открытой черепно-мозговой травме или гнойном отите, эптитимпаните, мастоидите [2, 3].

Возбудителями вторичных гнойных менингитов наиболее часто являются стафилококки, стрептококки, синегнойная палочка, лептоспиры. На долю остальных бактериальных возбудителей вторичных гнойных менингитов приходится не более 0,4–2 % от общего числа. Менингиты, вызываемые грибами, простейшими, глистами, относятся к редкой патологии [1].

У новорожденных детей спектр возбудителей вторичных гнойных менингитов несколько шире.

В доступной нам научной литературе встречаются упоминания о вторичных отогенных сальмонеллезных менингоэнцефалитах у детей. Данных, касающихся сальмонеллезных менингоэнцефалитов и, тем более, абсцессов мозга у взрослых, мы не нашли.

Приводим собственное клиническое наблюдение, которое представляет определенный интерес. История болезни № 14331. Больной Ч., 24 лет, находился на лечении в клинике ЛОР-болезней ДОКТМО с 30.07.11 г. по 15.07.11 г. Д-з: Обострение хрониче-

ского правостороннего гнойного среднего отита. Осложнения: отогенный гнойный менингоэнцефалит; отогенный абсцесс правой височной доли головного мозга.

Пациент в клинику поступил urgently 30.07.11 г. в 23 ч 50'. Состояние его крайне тяжелое, контакту не доступен. Комма 1-2. Больной находится на управляемом дыхании. Показатели гемодинамики не стабильны.

Анамнез заболевания: со слов родственников, пациент болеет длительное время, отмечает периодические гноетечения из правого уха, снижение слуха. 25.06.2011 г. появилось гноетечение из правого уха. 29.06.11 г., возникла головная боль, тошнота, рвота, ригидность мышц затылка, повышение температуры тела до 38-39⁰С. Больной доставлен скорой помощью в инфекционное отделение ЦРБ по месту жительства. 30.06.11 г. его консультировал ЛОР-врач, поставлен диагноз: правосторонний хронический средний гнойный отит, осложненный менингоэнцефалитом. Пациент переведен в ЛОР-отделение. Во второй половине дня 30.06.11 г. его состояние резко ухудшилось, увеличилась ригидность мышц затылка, больной контакту стал не доступен, гемодинамика и дыхание - не стабильные. Он был интубирован, переведен в реанимационное отделение. 30.07.11 г. в 23 ч 50' на управляемом дыхании больной санитарным транспортом доставлен в ЛОР-клинику ДОКТМО.

ЛОР-статус. Отоскопия: АД - в слуховом проходе определяется гнойное отделяемое, нависание задневерхней стенки

слухового прохода, в барабанной перепонке имеется краевая перфорация в верхних отделах; AS- без особенностей.

Фарингоскопия, риноскопия - без особенностей.

01.07.11 в 2 ч у больного в ургентном порядке выполнена правосторонняя радикальная операция, при этом в сосцевидном отростке, антруме обнаружен гной, процессом разрушены слуховые косточки, верхняя стенка барабанной полости и обнажена твердая мозговая оболочка. Патологическое отделяемое направлено на бактериологическое исследование.

02.07.11. состояние пациента стабилизировалось. Он в сознании, жалуется на выраженную головную боль. Выполнена спинномозговая пункция: белок – 3,1, цитоз – 853 (с – 74%, л – 26%), р. Панди – 3 плюс.

02.07.11. произведена компьютерная томография головного мозга: в правой височной области определяется гиподенсивный очаг 2,1-1,5-3,0 см с гиперденсивным ободком по периферии и обширной зоной отека вокруг. Срединные структуры смещены на 0,7 см. Передний рог и тело правого бокового желудочка деформированы. В режиме «костного окна» в зоне проекции правого сосцевидного отростка и пирамиды височной кости выявлены послеоперационные изменения (рис. 1, 2).

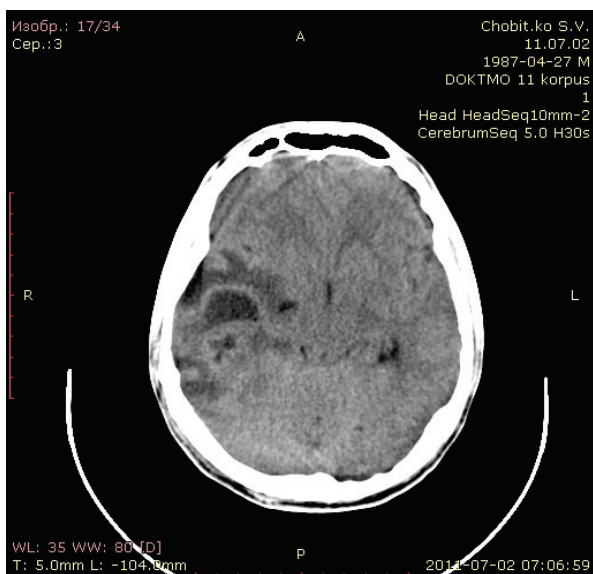


Рис. 1. Описанные изменения в правой височной области обусловлены воспалительным процессом, абсцессом в стадии формирования.

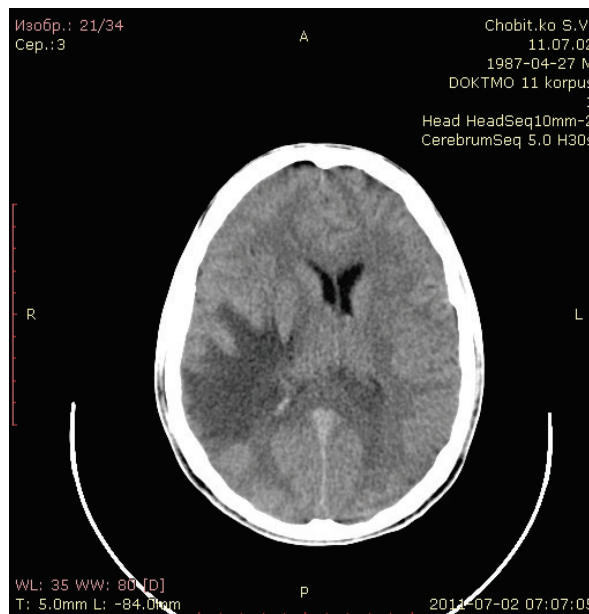


Рис. 2. В правой височно-затылочной области определяется гиподенсивная зона отека пальцевидной формы. Срединные структуры смещены влево на 0,7 см. Передний рог правого бокового желудочка деформирован.

2.07.11 у больного проведено вскрытие и дренирование абсцесса височной доли головного мозга справа. Твердая мозговая оболочка в области крыши барабанной полости широко обнажена, крестообразно вскрыта, абсцесс дренирован – получено 10-15 мл гноя, установлены 2 дренажные трубки. Патологическое отделяемое направлено на бактериологическое исследование.

На следующий день состояние пациента улучшилось, он в сознании, контакту доступен, головные боли уменьшились.

06.07.11 произведена компьютерная томография головного мозга: в проекции описанного абсцесса визуализируется дренажная трубка: полость абсцесса практически отсутствует (спалась). Смещение срединных структур уменьшилось до 0,4 см (рис. 3).

Лабораторное исследование: РВ от 8.07.11 № 228 - отр.; ан. крови от 02.07.11; эр. – 4,06 Т/л, НВ – 119, л. – 15,4 Г/л, (п. – 9, с. – 75; лимф. – 6, мон. – 9, эоз. – 1); СОЭ – 63; общ. белок - 70, сахар - 6,0; мочевины – 9,8; креатинин – 108; билирубин общ. – 11,2, пр. – 1,8. Ан. крови от 11.07.11: эр. –

4,00 Т/л, НВ – 124, л. – 9,1 Г/л (п. – 2, с. – 57; лимф. – 36, мон. – 3, эоз. – 2); СОЭ – 31. Общ. ан. мочи от. 02.07.11: плотн. - 1011, белок, сахар – нет, л. – 2-3 п/зр. ВИЧ ИФА № 6465 от 11.07.11. – отр.

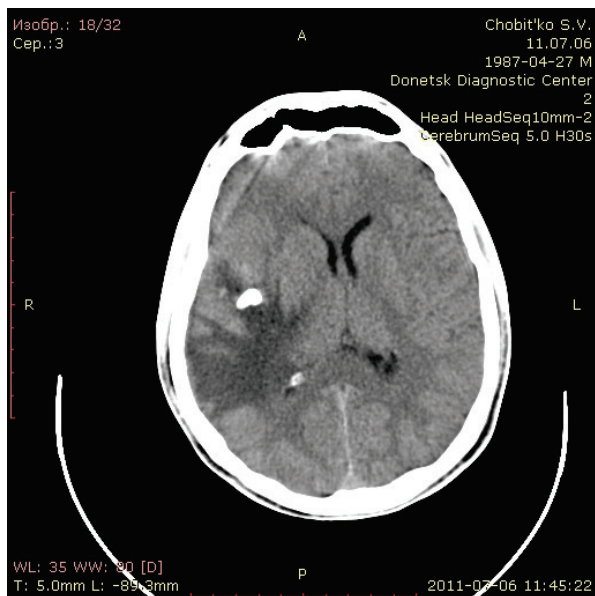


Рис. 3. В правой височной области на фоне гиподенсивной зоны отека визуализируется яркий гиперденсивный компонент (дренажная трубка).

В клинике больной получал лечение: мепенем – 2,0x2 р/д; Л-лизин – 10,0 в/в к-но 1 р/д; фуросемид – 2,0 в/м 1 р/д; выполнялись спинномозговые пункции с введением левомецетина, левофлокс – 500 2 р/д, эриус – 1 р/д. Аспаркам – 1 т. 2 р/д, линекс 2 к. 3 р/д.

Ответ бакпосева 8.07.11: в посеве из среднего уха и содержимого абсцесса головного мозга выявлена сальмонелла Israel.

За время нахождения пациента в отделении его состояние улучшилось, головные боли исчезли, он в сознании, доступен продуктивному контакту. Произведена спинномозговая пункция 12.07.11.: белок – 0,4; цитоз – 83 (с. – 31%, л. – 79%), р. Панди 1 плюс.

13.07.11 на рану в заушной области наложены отсроченные швы.

Отоскопия: AS – вход в послеоперационную полость свободен, полость выражена; стенки полости эпидермизируются.

15.07.11 в удовлетворительном состоянии больной выписан для дальнейшего лечения у ЛОР-врача и невропатолога по месту жительства.

25.08.11 амбулаторно произведена компьютерная томография головного мозга: по сравнению с исследованиями от 2.07.11. т 6.07.11. в правой височной области определяется небольшая гиподенсивная зона. Срединные структуры не смещены. Сохраняется незначительное сдавление заднего рога правого бокового желудочка (рис. 4).

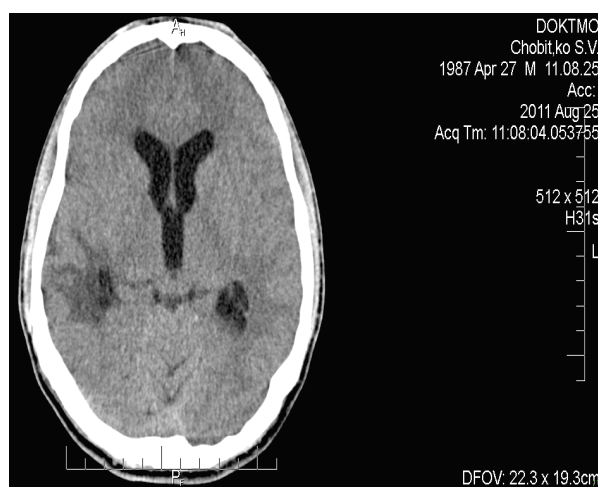


Рис. 4. По сравнению с исследованиями от 2.07.11. т 6.07.11. в правой височной области определяется небольшая гиподенсивная зона. Срединные структуры не смещены. Сохраняется незначительное сдавление заднего рога правого бокового желудочка.

Данное клиническое наблюдение имеет определенный интерес как пример четко спланированной результативной хирургической реабилитации больного с обострением хронического правостороннего гнойного среднего отита, осложненного менингоэнцефалитом и абсцессом правой височной доли головного мозга (выявлен возбудитель – сальмонелла Israel), посредством комплексного обследования, в том числе и бактериологического.

1. Демина А. А. Эпидемиологический надзор за менингококковой инфекцией и гнойными бактериальными менингитами // Эпидемиология и инфекц. болезни. – 1999. - № 2. – С. 25-28.
2. Кондратенко Г. П., Мишин В. В., Гриценко Л. З., Кимбаровская Е. М. Состояние различных отделов центральной нервной системы при сальмонеллезном бактерионосительстве // Арх. клин. и эксперим. медицины. – 1993. – Т.2, № 1. – С. 46-49.
3. Никонова Е. М. Вирусные и бактериальные менингиты / Е. М. Никонова, И. М. Лашина, Э. А. Дикая // Укр. мед. альм. – 2007. – Т. 10, №5. – С. 127-129.

Поступила в редакцию 07.02.12.

© К.Г. Селезнев, З.Т. Климов, М. Макни, А.В. Уткина, 2012