



М.Ф. Трибун, В.П. Молочный, Е.А. Мокшина

СУБДУРАЛЬНЫЙ ВЫПОТ КАК ПРИЧИНА ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ МЕНИНГИТА МЕНИНГОКОККОВОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

*МУЗ "Детская инфекционная больница им. А.К. Пиотровича",
Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск*

Менингококковая инфекция остается серьезной патологией детского возраста как в эпидемиологическом плане, так и по тяжести этого заболевания. На территории Хабаровского края сохраняется высокая заболеваемость детей менингококковой инфекцией, показатель которой уже многие годы превышает 8 на 100 тыс. населения. Примерно в 8-10% случаев менингитов, менингоэнцефалитов мы наблюдаем затяжное их течение, длительность болезни достигает 1,5-2,5 мес. при активной антибиотико- и иммунной терапии.

Одной из причин затяжного или волнообразного течения менингококковой инфекции, протекающей в форме менингита (менингоэнцефалита), может быть субдуральный выпот [1, 2]. Как правило, он выявляется у детей в возрасте первых 6 мес. жизни; больных не менингококковыми менингитами (пневмококковыми, гемофильными, стрептококковыми и др.).

Механизм возникновения субдурального выпота до настоящего времени не ясен. Он может быть следствием предшествующей субдуральной гематомы, повышенной проницаемости сосудов паутинной и твердой мозговой оболочек, образованием своеобразной мембраны, отграничивающей участок гнойного содержимого в субдуральном пространстве и др. Чаще всего он формируется в лобной и височной областях с одной или с обеих сторон. Важным клиническим проявлением субдурального выпота является появление новой волны лихорадки через 3-5 дней адекватной терапии, нового угнетения сознания, появления судорожного приступа, гемипареза и других очаговых симптомов. Из-за прогрессирования внутричерепного давления возможно вклинение мозга в большое мозговое отверстие и смерть ребенка.

Для диагностики выпота используется дифаноскопия, УЗИ мозга, компьютерная томография и ядерно-магнитная резонансная томография черепа. При сравнении ликворного давления, полученного путем чрезродничковой и спинно-мозговой пункций, выявляется наличие 3-5-кратного градиента величины давления, создающего условия для дислокации мозга [1]. Ликвор может быть прозрачным, опалесцирующим или мутным, содержать повышенное количество клеток, белка.

Терапия направлена на опорожнение полости с помощью пункций (иногда многократных) или хирургическим путем с удалением капсулы.

Приводим описание случая менингококковой инфекции у ребенка в возрасте 6 мес., осложнившегося субдуральным выпотом.

Костя В., 6 мес., поступил в детскую инфекционную больницу им. А.К. Пиотровича 25.06.2004 г. на 5 день болезни с жалобами на высокую лихорадку (до 39,0°C), рвоту до 4 раз в день, резкую вялость, адинамию, монотонный крик. При осмотре больного был заподозрен менингит, проведена спинно-мозговая пункция, и получен мутный ликвор, вытекавший под высоким давлением (частыми каплями). В анализе ликвора: цитоз — 2844 клетки (нейтрофилов 97%), белок — 3,14 г/л. В мазке из ликвора обнаружено большое количество диплококков, расположенных вне- и внутриклеточно. В анализе крови: гемогл. — 90 г/л, эр. — $3,09 \times 10^{12}/л$, СОЭ — 37 мм/ч, лейкоц. — $8,4 \times 10^9/л$, п/я — 43%, с/я — 29%, л. — 27%, м. — 1%, тромб. — $210 \times 10^9/л$. Время свертывания крови — 1 мин. Биохимические показатели крови в пределах нормы.

Назначен пенициллин из расчета 500 тыс. ед. на 1 кг массы тела в связи с поздним поступлением ребенка, внутривенная дезинтоксикация в объеме 30 мл/кг в сутки.

Через сутки пребывания в ОРИТ температура тела повысилась до 40°C, положительной клинической динамики не было, в связи с чем в комплекс терапии был добавлен второй антибиотик — цефотаксим в дозе 1 г в сут в 3 приема внутривенно, продолжена дезинтоксикационная и дегидратационная терапия. Однако еще через день появились генерализованные тонико-клонические судороги, которые стали повторяться на фоне противосудорожной терапии седуксеном и ГОМКом. Появились очаговые симптомы в виде сглаженности носогубной складки слева, угнетения сознания до комы I ст. Больной был переведен на искусственную вентиляцию легких. При повторной пункции получен мутный ликвор. В анализе ликвора: цитоз — 4576 клеток (нейтрофилов 90%), белок — 0,76 г/л. Больной находился на ИВЛ с 27.06. по 04.07.2004 г. Судороги прекратились к 03.07.2005 г. Температура тела оставалась субфебрильной.

Проводилась терапия цефотаксимом и рифампицином 13 и 10 дней, фортумом и гентамицином еще 15 и 7 дней соответственно, переливались внутривенный иммуноглобулин в дозе 25 мл ежедневно 5 дней, свежезамороженная плазма №4, эритрома-са №1.

В мазке из носоглотки от 25.06.2004 г. у матери и ребенка был выделен менингококк серогруппы "С".

В анализе ликвора от 08.07.2004 г.: цитоз — 258 клеток (нейтрофилов 83%), белок — 0,54 г/л; в анализе от 14.07.2004 г.: цитоз — 168 клеток (нейтрофилы 78%), белок — 0,56 г/л, в анализе от 27.07.2004 г.: цитоз — 58 клеток (нейтрофилов 42%), белок — 0,51 г/л.

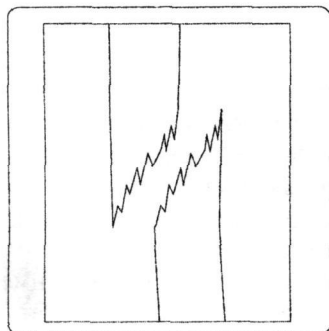
Несмотря на положительную динамику ликвора, сохранялась лихорадка до 37,5-38,5°C, очаговая симптоматика. В связи с подозрением на абсцедирование мозга, 28.07.2004 г. ребенку была произведена ядерно-магнитная резонансная томография черепа. Была выявлена субдуральная эмпиема в правой теменно-височной области объемом до 50 мл со смещением срединных структур мозга на 2 мм. Ребенок был переведен в нейрохирургическое отделение Краевой клинической больницы №2, где он был оперирован: удалена гнойная жидкость. После операции состояние больного стало быстро улучшаться, температура тела нормализовалась. В анализе ликвора от 09.08.2005 г.: цитоз — 6 клеток (все лимфоциты), белок — 0,41 г/л. Больной

был выписан из стационара под наблюдение невропатолога и педиатра.

Приведенный случай позволяет продемонстрировать, что затяжные формы могут наблюдаться при менингите менингококковой этиологии, а также то, что позднее поступление ребенка в стационар может быть одним из факторов, способствующих возникновению субдуральных выпотов, их нагноению и формированию причин для длительного сохранения повышенного внутричерепного давления, гипоксии мозга, многочисленных судорожных припадков и затяжного течения заболевания. Проведение современной визуальной диагностики, в частности использование ядерно-магнитной резонансной томографии, позволяет точно устанавливать диагноз и предпринимать соответствующее лечение.

Л и т е р а т у р а

1. Сорокина М.Н. Бактериальные менингиты у детей. М.: Медицина, 2003. 320 с.
2. Менингит и энцефалит. Инфекционные заболевания нервной системы. http://max.lgt.ru/neurology/neuro_008



УДК 14.00.21

Н.Г. Бобылев, А.Г. Бобылев, Ф.И. Тарасова, Н.И. Дерягин,
И.А. Горбонос

ОРИГИНАЛЬНЫЙ МЕТОД ДОЗИРОВАННОЙ ДИНАМИЧЕСКОЙ КОМПРЕССИИ И ФИКСАЦИИ КОСТНЫХ ОТЛОМКОВ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ НОСА

Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск

Проблема лечения переломов костей носа, как при изолированных, так при сочетанных или комбинированных травмах лицевого скелета, остается на сегодняшний день актуальной и требующей разработок принципиально новых методов лечения, позволяющих одновременно решать проблемы эстетической и функциональной хирургии носа.

Принципиально важно при переломах костей носа произвести репозицию отломков в наиболее ранние сроки (до 10-14 дней) с последующей их фиксацией. При несвоевременно оказанной помощи и отсутствии правильного лечения остаются тяжелые последствия в виде стойкой деформации носа, а при секвестрации оголенных отломков еще более тяжкие уродства. Кроме косметического дефекта остаются стойкие функциональные нару-

шения: отсутствие носового дыхания, обоняния и т.д.

В приемный покой ЛОР-отделения клиники МУЗ №2 им. Д.Н. Матвеева Дальневосточного государственного медицинского университета за период с 2000 по 2002 г. обратились 900 пациентов с переломами костей носа, среди них 71% оставили мужчины, 29% — женщины; возрастным контингентом был представлен следующим образом: 47,5% — пациенты от 22 до 40 лет, 32% — пациенты от 16 до 22 лет, 5,5% — дети до 15 лет, 15% — пациенты старше 40 лет. У 54% обратившихся отмечался перелом носа со смещением костных отломков.

Данные литературы свидетельствуют, что методы фиксации при переломах костей носа, а так-