

АБСЦЕСС ВИСОЧНОЙ ДОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОТОГЕННОГО ГЕНЕЗА.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Изаева Т.А., Жолдошова Ч.А., Сулайманов М. Ж.

Кафедра офтальмологии и оториноларингологии КРСУ

кафедра ЛОР болезней КГМА им. И.К. Ахунбаева

отделение нейрохирургии НГМЗКР

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Внутричерепные осложнения, возникающие в связи с наличием гнойного воспаления среднего уха, относятся к крайне тяжелым заболеваниям. Больные с внутричерепными осложнениями, как правило, госпитализируются в ЛОР и нейрохирургические отделения ввиду необходимости их преимущественно хирургического лечения на первом этапе. Практика показывает, что оториноларингологи часто испытывают затруднения в распознавании внутричерепных осложнений, особенно комбинированных, для уточнения диагноза и лечения которых необходимо не только знание основных неврологических синдромов, но и понимание всех условий, при которых они возникают.

Ключевые слова: отит, абсцесс мозга, височная доля, холестеатома, кариес, полип, грануляции.

КУЛАК ООРУЛАРЫНАН ТАТААЛДАНГАН БАШ МЭЭНИН ЧЫКЫЙ БӨЛҮГҮНҮН АБСЦЕССИ.

ПРАКТИКАЛЫК ВРАЧКА ЖАРДАМ КАТАРЫ

Изаева Т.А., Жолдошова Ч.А., Сулайманов М.Ж.

КРСУнун офтальмология жана оториноларингология кафедрасы

И.К. Ахунбаев атындагы КММАт кулак, мурун жана тамак кафедрасы

Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министирлигинин алдындагы

Улуттук госпиталдын нейрохирургия бөлүмү

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: ортонку кулактын ириндүү кабылдоо сунан пайда болгон баш сөөктүн ичин дегитата алданышуулар эноор оорулардын катарына кирет. Аталган оорулуулар адат катары, аларды биринчи этапта хирургиялык жол менен дарылоо керек болгон үчүн ЛОР жана нейрохирургиялык бөлүмдөрүнө жаткырылат. Практика көргөзгөндөй, оториноларингологдор баш сөөктүн ичин дегитата алданышууларду, айрык чакоштолгон түрлөрүнаныктоодо бир катар кыйынчылыктаргаду ушар болушат, себе биалардын диагнозун коюда жана дарылоодо жалаң негизги неврологиялык симптомдорду билүүгана эмес, алардын пайдаболуу шарттарын билүү жана түшүнүү зарыл.

Негизги сөздөр: отит, мээнин чыкый бөлүгүнүн абсцесси, холестеатома, кариес, полип, грануляция.

TEMPORAL LOBE ABSCESS OF THE BRAIN WITH OTOLOGY GENESIS.

TO THE HELP FOR PRACTICAL PHYSICIAN

Izaeva T. A., Joldoshova Ch. A., Sulaimanov M. J.

Ophthalmology and otorhinolaryngology Chair of KRSU

ORI-HNS Chair of KSMA

neurosurgery department of a National Hospital

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: Intracranial complications arised after suppurative inflammation in the middle ear apply to very difficult diseases. The patients with intracranial complications, as a rule, hospitalise in ORL and neurosurgery in-patient departments because of surgical treatment is necessary in a first stage. Practical work shows that ORL-specialists have troubles in verification of intracranial complications, especially combined. For clear diagnosis and treatment of above-mentioned diseases is necessary have a knowledge wot only in neurological syndromes, but in understanding all conditions of their appearance.

Key words: otitis, brain abscess, temporal lobe, cholesteatoma, polip, granulations.

Многочисленные литературные данные, подтвержденные и нашими наблюдениями, показывают, что в настоящее время отогенные внутричерепные осложнения возникают преимущественно контактным путем вследствие деструктивных изменений в височной кости через крышу барабанной полости и антрума или в области *sulcus sigmoideus* в период обострения хронического эпитимпанита, нередко протекающего с образованием холестеатомы.

Существуют общие и местные причины, способствующие развитию хронического гнойного эпитимпанита.

К общим причинам относятся:

- Высокая вирулентность микрофлоры, представленной гемолитическим стрептококком, протеем, синегнойной палочкой, анаэробами (тяжелые общие инфекции), стафилококковым или атипичными бактериями (хламидии, микоплазмы).

- Генетическая предрасположенность (фактор наследственности).

- Нарушение питания, тяжелые авитаминозы.

- Аллергия, снижение иммунореактивности организма.

- Хронические заболевания дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта.

- Нерациональное лечение острого среднего отита.

- Частые острые воспаления среднего уха.

К местным причинам относятся:

- Нарушение функции слуховой трубы.

- Аденоидные вегетации в носоглотке.

- Хронические воспалительные заболевания полости носа и околоносовых пазух, полипы носа.

- Гипертрофия задних и передних концов нижних носовых раковин, приводящая к туботиту и ухудшению функции слуховой трубы.

- Анатомические особенности строения среднего уха у детей: плохое сообщение между аттиком и клетками сосцевидного отростка вследствие блока сосцевидной пещеры, легко наступающий отек слизистой оболочки, множество складок, карманов слизистой оболочки, ухудшающих дренаж и отток гноя из среднего уха при остром отите.

- Плохая пневматизация сосцевидного отростка, его спонгиозный или склеротический тип.

- Тесная сосудистая связь между слизистой оболочкой и костномозговыми полостями

(особенно в детском возрасте), что ведет к развитию остеомиелита.

Остеомиелитический процесс при эпитимпаните часто сопровождается развитием грануляции. В этом случае они даже видны через перфорационное отверстие, а в выделениях из уха появляется примесь крови. Грануляции могут выпячиваться через это отверстие в наружный слуховой проход и приобретать вид полипа. Особого внимания заслуживает своеобразное опухолевидное образование, называемое холестеатомой. Среди всех лечившихся по поводу хронического отита детей она встречается в 20-30% случаев. Патогенез до конца не выяснен, хотя существует множество теорий по этому поводу. Опухолевая, эпибластическая, деваскулярная, миграционная, воспалительная и другие теории не в состоянии полностью объяснить механизма ее развития. Некоторые авторы придают основное значение наследственности и считают, что холестеатома возникает вследствие метаплазии эпителия среднего уха при определенных анатомических особенностях. Другие полагают, что холестеатома является результатом прорастания эпителия наружного слухового прохода в барабанную полость при краевой перфорации и отсутствии механического барьера в виде остатков барабанной перепонки.

Холестеатомные массы пропитываются холестерином, продуктами жизнедеятельности микроорганизмов, слущенным эпителием, и вследствие постоянного роста оболочки холестеатомы, происходят атрофия и разрушение (лизис) отдельных участков височной кости.

У грудных детей и в раннем возрасте в области крыши барабанной полости вообще сохраняются дегисценции вследствие незаращения каменисто-чешуйчатой щели. Гной попадает, таким образом, под твердую мозговую оболочку и возникает экстрадуральный абсцесс.

В дальнейшем при разрушении твердой мозговой оболочки развивается субдуральный абсцесс. При этом возможны два варианта распространения процесса. В первом – в гнойный процесс вовлекается мягкая мозговая оболочка с развитием лептоменингита, иногда распространяющегося по основанию мозга – так называемый базальный менингит. Во втором варианте гнойный процесс распространяется вглубь в височную долю мозга, возникает энцефалит, далее абсцесс, который иногда может захватывать и теменную долю.

В случае распространения процесса кзади сначала возникает гнойный мастоидит, затем разрушается внутренняя стенка сосцевидного отростка, прилежащая к сигмовидному синусу. Поскольку сигмовидный синус является дубликатурой твердой мозговой оболочки, то по аналогии с экстрадуральным абсцессом в данном месте возникает его частный вариант – перисинуозный абсцесс. В дальнейшем в процесс вовлекается стенка синуса, и развивается флебит. Воспаление стенки сосуда замедляет ток венозной крови в синусе, наступает агрегация эритроцитов, что приводит к тромбозу синуса (синустромбоз).

Гнойный тромб из сигмовидного синуса может продвигаться и кнутри (дистально) в полость черепа. Тогда расплавляется внутренняя стенка сигмовидного синуса и гнойный процесс распространяется на прилежащее к ней полушарие мозжечка, в таких случаях возникает абсцесс мозжечка [16].

Абсцесс мозга ушного происхождения – гнойник вещества, имеющий отогенное происхождение. Абсцесс мозга в большинстве случаев развивается на стороне пораженного уха и становится продолжением воспалительного процесса в нем. Сначала развивается энцефалит и лишь через 10-14 дней обычно наступает абсцедирование, сопровождающееся общемозговыми и очаговыми симптомами.

В течении мозговых абсцессов выделяют четыре стадии – начальную, латентную, явную и терминальную.

Начальные проявления развития отогенного мозгового абсцесса наступают всегда медленно и выражаются в симптомах общего характера, как разлитые головные боли, общая слабость, лихорадка, головокружение и иногда рвота. Такой период может продолжаться от нескольких дней до нескольких недель и переходит в явную стадию или в промежуточную латентную, в течение которой могут отсутствовать всякие болезненные симптомы. В других случаях латентность неполная: с чувством общего недомогания, бессоницы и легких психических расстройств.

Явная стадия характеризуется полным симптомокомплексом, наступающим обычно внезапно.

Терминальная стадия наступает вместе с прорывом абсцесса в боковую желудочек или на поверхность мозга, когда выступает вперед

картина менингита.

Все симптомы принято делить на три группы:

1. Общие симптомы, вызываемые самим процессом нагноения независимо от его местоположения;

2. Общемозговые симптомы, зависящие от нагноения и вызываемые увеличенным давлением в мозгу;

3. Местные мозговые симптомы, возникающие на почве поражения отдельных участков мозга (гнездные симптомы) или отдельных нервных стволов.

Общие симптомы

Общие симптомы дают картину тяжелого заболевания: угнетенное состояние, слабость, похудание, землистый цвет лица, отсутствие аппетита, обложенный язык, резкий запах изо рта, повышение температуры тела в умеренной степени. Неисключаются случаи субфебрильной температурой (50%). И этот симптом не является обязательным для мозгового абсцесса.

Общемозговые симптомы

Головные боли являются самым постоянным и ранним симптомом, усиливаются при напряжении или от перемены положения тела, их интенсивность переменна. Локализуются последние в основном на пораженной стороне, иногда приобретая диффузный характер. Однако при абсцессах височной доли головные боли могут локализоваться в затылке, при абсцессах мозжечка – во лбу.

При постукивании в области над больным ухом, отмечается отчетливая локализация болей на соответствующей половине затылка.

Замедление пульса при нормальном артериальном давлении и с более или менее выраженной лихорадкой. Наполнение и ритм пульса не меняется. Однако этот симптом не постоянен.

Изменение глазного дна в виде застойного соска или neuritis optica – также непостоянный симптом. Эти изменения в большинстве случаев развиваются двусторонне и обычно сильнее на больной стороне.

Расстройства психики обнаруживаются уже в очень ранних стадиях болезни и в дальнейшем прогрессирует. Сначала проявляется резкая сонливость больного, который часто зевает, много спит. Затем он становится вялым, безучастным. На вопросы не отвечает, или отвечает неохотно, после долгого раздумья. В

дальнейшем все доходит до сильного беспокойства, бреда, отсутствия сознания и, наконец, комы, переходящей в терминальную стадию.

Тошнота и рвота не связаны с приемом пищи, увеличиваются вместе с усилением головных болей. Головокружение может зависеть от лабиринтита, особенно при мозжечковых абсцессах, или от сопутствующего менингита.

Вынужденное положение головы – поворот подбородка в противоположную сторону.

Симптомы Очаговые (местные мозговые)

Сенсорные афазии при абсцессах левой височной доли (месторасположение сенсорного центра в заднем отделе левой первой височной извилины):

Амнестическая афазия – больной называет функцию предмета, описывает его, а назвать не может.

Оптическая – больному недостаточно видеть предмет, чтобы его назвать, а необходимо пользоваться каким-либо другим чувством, например слухом или осязанием. Наряду с этим наблюдается и парафазия, когда больные заговариваются, употребляя неверное название для всего, что им показывают, алексия – неправильное чтение слов, аграфия – неправильное писания их.

Моторная афазия – когда больные понимают слова, но не могут их повторить. При неосложненных абсцессах наблюдается редко. Также редка топографическая афазия – когда больные не помнят географических названий. Описанные формы афазии имеют место при абсцессах левой височной доли у правшей. У правшей эти нарушения при правостороннем абсцессе описаны в отдельных случаях. В связи с этим правое ухо является как бы немым и диагностика в этой ситуации всегда вызывает большие затруднения.

Поражения слуха на противоположной стороне при абсцессах височной доли связано с расположением здесь центра слуха для противоположной стороны.

В результате давления самого абсцесса и окружающего его мозгового отека развиваются явления выпадения или раздражения, именно парезов, параличей и спазмов противоположной стороны. Чаще наблюдаются парезы и параличи контралатеральных конечностей, реже перекрестные спазмы и конвульсии, парезы

и спазмы в области n.fasialis, n.oculomotouius (птоз, расширение зрачка на больной стороне), n.trigeminus, n.abducens.

При спинномозговой пункции – ликвор прозрачный, выделяется чаще под давлением, обнаруживается некоторое повышение количества белка и лейкоцитов. Большое количество лейкоцитов, отсутствие прозрачности опорожнении абсцесса в желудок мозга.

Компьютерная томография позволяет точно определить локализацию абсцесса, его размеры, глубину расположения, перифокальный отек мозговой ткани, перивентрикулярный отек.

Для иллюстрации отмеченного, приводим краткую выписку из истории болезни.

Больной Ж. 1993 г.р. (история болезни №34960/2045), поступил с жалобами на сильную головную боль, локализованную в височной области, тошноту, неоднократную рвоту, зноетечение из правого уха, общую слабость.

Больной страдает хроническим гнойным средним отитом на протяжении 14 лет. Неоднократное лечение в амбулаторных условиях с использованием официальных капель позволяло получить только кратковременный эффект. Последнее обострение наступило месяц назад, в связи с чем был госпитализирован в ЛОР отделение по месту жительства, где 11.11.13г. была произведена радикальная санлирующая операция на среднем ухе справа, получил курс этиопатогенетической терапии, но положительная динамика отсутствовала. В связи с чем с диагнозом обострение хронического гнойного кариозно-холестеатомного среднего отита, осложненного вторичным гнойным менингитом был направлен в ЛОР отделение НГМЗКР.

При поступлении общее состояние больного тяжелое. Сознание сонное. На вопросы отвечает после нескольких повторений. Простые инструкции выполняет. На болевые раздражители реагирует подергиванием конечностей. Зрачки S<D, фотореакции слева сохранены, справа вялые. Анизокория справа. Лицо симметричное. Сухожильные рефлексы с конечностей S=D. Тонус мышц конечностей повышен по спастическому типу. Движения в конечностях в полном объеме. В позе Ромберга проверить не удалось. Доскообразная ригидность затылочных мышц. Симптом Кернига резко положительный с обеих сторон.

ЗАБОЛЕВАНИЯ УХА

Очаговая симптоматика отсутствует. ЧД 20 в минуту. АД 115/80 мм.рт.ст. ЧСС 58 ударов в минуту. Глазное дно: диски зрительных нервов ярко розовые, монотонные, границы контурированы, сосудистый пучок в центре, артерии среднего калибра, вены полнокровные, расширенные. Справа по ходу сосудистых пучков отходящих от зрительного нерва есть перифокальный отек сетчатки, слева границы зрительного нерва контурированы, но не совсем четко. Очаговых изменений нет. Заключение: признаки внутричерепной гипертензии, более выраженная справа.

При отоскопии: АД – в заушной области послеоперационный рубец. Наружный слуховой проход широкий, в радикальной полости гнойное отделяемое желтоватого цвета с запахом. Медиальная стенка барабанной полости отечная, утолщена. Пропитимость слуховой трубы III степени.

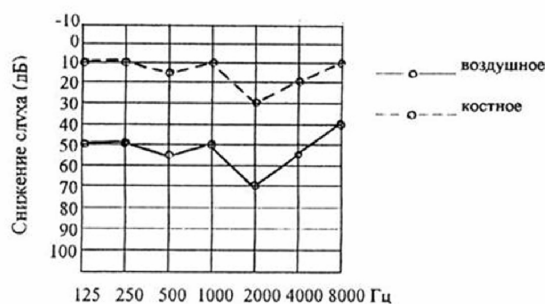
AS – ушная раковина обычной формы. Область сосцевидного отростка и козелка при пальпации безболезненна. Наружный слуховой проход широкий. Барабанная перепонка серо-перламутрового цвета, опознавательные знаки контурируются. Пропитимость слуховой трубы I степени [15].

Больному по жизненным показаниям в экстренном порядке 13.12.13г. в отделении нейрохирургии произведена операция – Костно-

пластическая трепанация черепа в височной области справа с удалением внутримозговых множественных абсцессов правой височной доли.

Ход операции. Под общим интубационным наркозом произведен подковообразный разрез кожи и подкожной клетчатки в височной области справа. Гемостаз. Кожно-апоневротический лоскут сформированный из 4х фрезевых отверстий, отпилен и отвернут к правому виску. Гемостаз. Твердая мозговая оболочка напряжена, пульсации нет. Подковообразный разрез твердой мозговой оболочки. При ревизии головного мозга на глубине 4 см обнаружен абсцесс височной доли, с формирующейся капсулой, распространяющаяся вглубь до базальных отделов. Произведена пункция с каниюлей капсулы абсцесса и получен густой гной зеленоватого цвета, объемом около 30 мл. Так же удалены 2 узла абсцесса височной доли головного мозга справа, объемом 10-15 мл. Далее удалена толстая капсула абсцесса тотально. Ложе удаленного абсцесса неоднократно промыто фурацилином и перекисью водорода. Туалет. Гемостаз. Швы на твердую мозговую оболочку. В ложе удаленного абсцесса оставлены 2 дренажные трубки. Костный лоскут уложен на место и фиксирован за надкостницу. Послойные швы послеоперационной раны с подведением резинового выпускника. Повязка.

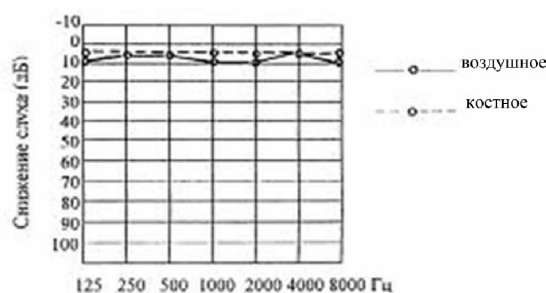
АД – правое ухо



AD(правое ухо)

-	СШ
2 м	ШР
4 м	РР
-	Р
←	W
удлинен SchN	(N - норма)
+	G
-	Vi
Шст	ET

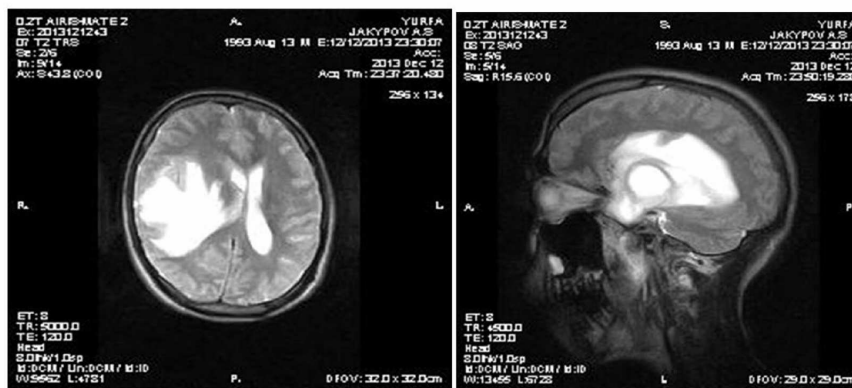
AS – левое ухо



AS(левое ухо)

-	
6 м	(N – 6 метр)
>6 м	(N - >6 метров)
+	(N - R +)
	(N - W ↔)
+	(N – полож.)
-	(N – отриц.)
Пст	(N – I – Пст)

На аудиограмме от 13.12.13г. Закл.: Кондуктивная тугоухость II степени справа.



а – аксиальная проекция

б – сагитальная проекция

На МРТ головного мозга от 13.12.13г. Данные соответствуют абсцессу височной доли справа с дислокацией срединных структур влево до 15,0 мм. МРТ признаки отека мозга.

Состояние после операции: тяжелое, соответствует тяжести перенесенной операции.

Послеоперационное лечение: Аминокапроновая кислота 100,0 x 1 р/д в/в кап; Этамзилат 2,0 x 3 р/д в/м; Абактал 5,0 на 0,5% р-ре Глюкозы – 200,0 x 2 р/с в/в кап; Сульперазон 1,0 на 0,9% NaCl – 100,0 x 3 р/с в/в кап; Маннит 400,0 x 1 р/с в/в кап.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Швы с послеоперационной раны сняты на 12 день. Больной выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Заключение:

Таким образом, комплексное использование современных методов диагностики и всестороннего подхода к проблеме лечения отогенных внутричерепных осложнений, на наш взгляд, поможет практикующим врачам в своевременной и правильной постановке диагноза и терапии, что в свою очередь улучшит клинические результаты.

Литература:

1. Богомольский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. -М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 432 с.
2. Бояджан Г.Г. Холестеатома среднего уха: вопросы лучевой диагностики. //Новости оториноларингологии и логопатологии. - 1999. - №4(20). - С.6-9.
3. Воронкин В.Ф. Современные аспекты клиники, диагностики и лечения отогенных внутричерепных осложнений. //Автореф.дисс. ... канд.мед.наук. - М, 1995. - 37 с
4. Гаджимирзаев Г.А. Современная оценка некоторых положений проблемы отогенных внутричерепных осложнений. // Вестник оториноларингологии. - 1999. - №3. - С.38-41.
5. Гаращенко Т.Н. Отиты и синуситы у детей. //Вопросы антибактериальной терапии в практике участкового педиатра. - Москва, 2000. - С.5-10.

6. Гаршин М.И. Клиника отогенных абсцессов полушарий головного мозга. //Вестник оториноларингологии. - 1990. - №1. - С.88-89.

7. Гаршин М.И. Отогенные абсцессы мозга. - Медгиз, 1963. - 198 с.

8. Изаева Т.А., Исламов И.М., Жолдошева Ч.А. Заболевания уха в детском возрасте. – Методическое пособие. – Бишкек, 2007. – 40 с.

9. Изаева Т.А., Насыров В.А., Исламов И.М., Исмаилова А.А. Отогенные и риногенные осложнения. Клиника, диагностика, лечение: монография. - Бишкек, 2008. - 191 с.

10. Курдова З.И. Диагностика отогенных внутричерепных осложнений. - М, 1966. - 174 с.

11. Муратов Н.И., Воронкин В.Ф. Лептоменингит и множественные абсцессы головного мозга при остром среднем отите. //Вестник оториноларингологии. - 1999. - №5. - С.79-80.

12. Насыров В.А., Исламов И.М., Изаева Т.А., Исмаилова А.А. Отогенные и риногенные внутричерепные осложнения. - Методическое пособие. – Бишкек, 2002. – 42 с.

13. Насыров В.А., Изаева Т.А., Исламов И.М и др. Практическое руководство по аудиологии. - Бишкек, 2014. - 133 с.

14. Солдатов И.Б. Отогенные внутричерепные осложнения и отогенный сепсис. – Руководство по оториноларингологии. – М: медицина, 1997. -С.137-153.

15. Ульянов Ю.П., Шадыев Х.Д., Шадыев Т.Х. Хронический средний отит.- Учебное пособие по оториноларингологии. – М, 2008. - 220 с.

16. Шустер М.А., Трескина А.Я. Принципы комплексной терапии больных с гнойными осложнениями в ЛОР-клинике. // Вестник оториноларингологии. – 1986. - №4. - С.40-44.

17. Brook I. Diagnosis and management of anaerobic infections of the Head and Neck.// Ann.-Otol.-Rhinol.-Laryngol. - 1992. - Vol.101. - №4. - P.9-15.

18. Harris G.J. Subperiosteal abscess of the orbit: computed topography and the clinical course.//Ophtal.-Plast.-Reconstr.-Surg. - 1996. - Vol.12. - №1.- P.1-8.