

**ОТОГЕННЫЙ АБСЦЕСС ВИСОЧНОЙ ДОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА
(КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

Т.А. Изаева¹, Ч.А. Жолдошова², М.Ж. Сулайманов³

¹ Кафедра офтальмологии и оториноларингологии КРСУ им. Б.Н.Ельцина

(ректор – член корр. НАН КР Нифадьев В.И),

² Кафедра ЛОР болезней КГМА им. И.К. Ахунбаева

(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.),

³ Отделение нейрохирургии НГМЗКР

(главный врач – Сагинбаева Д.З),

г. 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, грануляция.

**КУЛАК ООРУЛАРЫНАН ТАТААЛДАНГАН БАШ МЭЭНИН
ЧЫКЫЙ БӨЛҮГҮНҮН АБСЦЕССИ (КЛИНИКАЛЫК ОКУЯ)**

Т.А. Изаева¹, Ч.А. Жолдошова², М.Ж. Сулайманов³

¹ КРСУнун офтальмология жана оториноларингология кафедрасы

(ректор – корр.-мүчө КР Мамлекеттик илимдер академиясы Нифадьев В.И),

² И.К. Ахунбаев атындагы КММА, кулак, мурун жана тамак кафедрасы

(ректор – м.и.д., проф. Кудайбергенова И.О.),

³ Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министирлигинин алдындагы

Улуттук госпиталдын нейрохирургия бөлүмү

(башкы дарыгер – Сагинбаева Д.З),

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Ортоңку кулактын ириңдүү кабылдоосунан пайда болгон баш сөөктүн ичиндеги татаалданышуулар эң оор 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 ичиндеги татаалданышууларду, айрыкча коштолгон түрлөрүн аныктоодо бир катар кыйынчылыктарга дуушар болушат, себеби алардын диагнозун коюуда жана дарылоодо жалаң негизги неврологиялык симптомдорду билүү гана эмес, алардын пайда болуу шарттарын билүү жана түшүнүү зарыл.

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

TEMPORAL LOBE OTOGENIC ABSCESS OF THE BRAIN (CLINICAL CASE)

T. A. Izaeva¹, Ch. A. Joldoshova², M. J. Sulaimanov³

¹ Ophthalmology and otorhinolaryngology Chair of KRSU

(rector – corresponding member of National academy of sciences KR Nifadiev V.I.),

² ENT Chair of KSMA

(rector – prof. Кудайбергенова И.О.),

³ Neurosurgery department of National Hospital

(head doctor – Saginbaeva D.Z.)

Bishkek, the Kyrgys Republic

Summary. Intracranial complications occurred after suppurative inflammation in the middle ear apply to very difficult diseases. The patients with intracranial complications, as a rule, are hospitalised in ENT and neurosurgery in-patient departments because surgical treatment is necessary in a first stage. Practical work shows that ENT-specialists have troubles in verification of intracranial complications, especially combined. For

clear diagnosis and treatment of above-mentioned diseases it is necessary have a knowledge not only in neurological syndromes, but in understanding all conditions of their appearance.

Key words: otitis, brain abscess, temporal lobe, cholesteatoma, caries, granulation.

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 sigmoidaeus в период обострения хронического эпитимпанита, нередко протекающего с образованием холестеатомы [1]. При остром среднем отите возможно гематогенное или лимфогенное распространение инфекции; при этом абсцесс может формироваться в отдаленных от первичного очага участках мозга.

Абсцессы головного мозга встречаются в основном у взрослых, у детей относительно редко и составляют около 2-4 % всей нейрохирургической патологии головного мозга [2].

Остеомиелитический процесс при эпитимпаните часто сопровождается развитием грануляций. В этом случае они даже видны через перфорационное отверстие, а в выделениях из уха появляется примесь крови. Особого внимания заслуживает своеобразное опухолевидное образование, называемое холестеатомой. Холестеатома является результатом прорастания эпителия наружного слухового прохода в барабанную полость при краевой перфорации и отсутствии механического барьера в виде остатков барабанной перепонки, и вследствие постоянного роста оболочки холестеатомы, происходят атрофия и разрушение (лизис) отдельных участков височной кости [3].

У грудных детей и в раннем возрасте в области крыши барабанной полости вообще сохраняются дегисценции вследствие незаращения каменисто-чешуйчатой щели [4, 5]. 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 дупликацией 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) [6]. 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.

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 [7].

Для иллюстрации отмеченного приводим краткую выписку из истории болезни.

Больной Ж., 1993 г.р. (история болезни №34960/2045), поступил в ЛОР отделение НГМЗКР 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 11.11.13 г. была произведена радикальная saniрующая операция на среднем ухе справа, получил курс этиопатогенетической терапии, но положительная динамика отсутствовала. В связи с чем с диагнозом: Обострение хронического гнойного карриозно-холестеатомного среднего отита, осложненного вторичным гнойным менингитом был направлен в ЛОР отделение НГМЗКР.

При поступлении общее состояние больного тяжелое. Сознание - сонор. На вопросы отвечает после нескольких повторений. Простые

инструкции выполняет. На болевые раздражители реагирует подергиванием конечностей. Зрачки $S < D$, фотореакции слева сохранена, справа вялое. Анизокория справа. Лицо симметричное. Сухожильные рефлексы с конечностями $S = D$. 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. 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 выраженной справа.

При отоскопии: АД (правое ухо) – в заушной области послеоперационный рубец. Наружный слуховой проход широкий, в радикальной полос-

ти гнойное отделяемое желтоватого цвета с запахом. Медиальная стенка барабанной полости отечная, утолщена. Проподимость слуховой трубы III степени.

AS (левое ухо) – ушная раковина обычной формы. Область сосцевидного отростка и козелка при пальпации безболезненна. Наружный слуховой проход широкий. Барабанная перепонка серо-перламутрового цвета, опознавательные знаки контурируются. Проподимость слуховой трубы I степени.

Больному проведено обследование:

1. Акуметрия

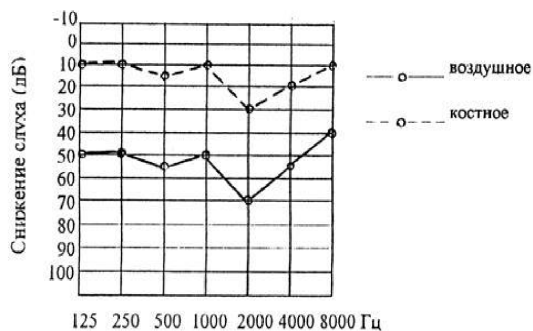
AD (правое ухо) AS (левое ухо)

-	СШ	-	
2 м	ШР	6 м	(N - 6 метр)
4 м	РР	>6 м	(N - >6 метров)
-	R	+	(N - R +)
←	W		(N - W ↔)
Удлинен	Sch	N	(N - норма)
+	G	+	(N - полож.)
-	Vi	-	(N - отриц.)
III ст	ET	II ст	(N - I-III ст)

Заключение: Кондуктивная тугоухость справа

2. Аудиометрия (рис. 1)

AD – правое ухо



AS – левое ухо

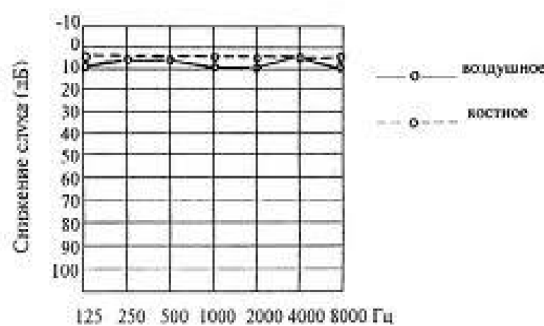
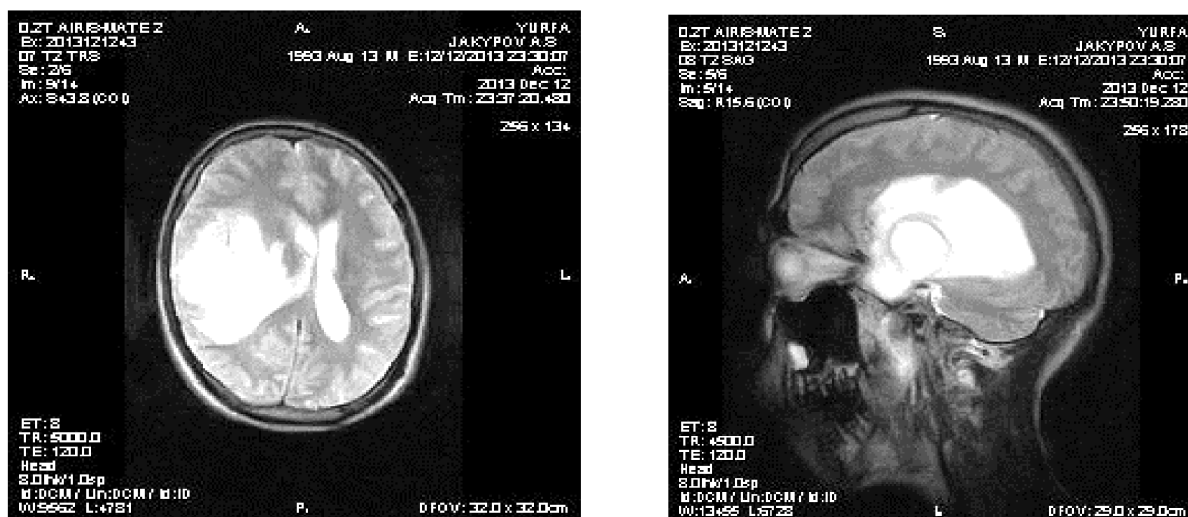


Рис.1. Аудиограмма б-го Ж., 1993 г.р.

Заключение: Кондуктивная тугоухость II степени справа.

3. Магнитно-резонансное исследование (рис. 2)



а – аксиальная проекция б – сагиттальная проекция
 Рис. 2. На МРТ головного мозга б-го Ж., 1993 г.р. от 13.12.13 г.
 Абсцесс височной доли справа. Признаки отека мозга.

Выставлен заключительный клинический диагноз: Хронический средний отит справа. Состояние после радикальной операции на среднем ухе справа. Кондуктивная тугоухость II степени справа. Абсцесс височной доли головного мозга справа.

Больной переведен в отделение нейрохирургии НГМЗКР и по жизненным показаниям в экстренном порядке 13.12.13 г. произведена операция – Костно-пластическая трепанация черепа в височной области справа с удалением внутри-мозговых 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 канюлей 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.

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.

Неврологический статус: сознание ясное. На вопросы отвечает правильно. Лицо симметричное. Зрачки S=D., фотореакции сохранены. В позе Ромберга устойчив. Менингеальные знаки отрицательные. Очаговая симптоматика отсутствует. ЧД 18 в минуту. АД 110/70 мм.рт.ст., ЧСС 76 ударов в минуту. Глазное дно: дно зрительного нерва бледно-розовое, границы четкие. Световой пучок из центра. Артерии средние, вены полнокровные, извитые.

Больной выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, данный клинический случай позволяет ориентировать практических врачей проводить своевременное и адекватное лечение острых и хронических средних отитов с целью профилактики развития отогенных внутричерепных осложнений.

Литература:

1. Насыров В.А. Отогенные и риногенные внутричерепные осложнения: методическое пособие / В.А. Насыров, И.М. Исламов, Т.А. Изаева, А.А. Исмаилова. - Бишкек, 2002. - 42 с
2. Насыров В.А. Риногенные орбитальные и внутричерепные осложнения / В.А. Насыров, И.М. Исламов, Т.А. Изаева, А.А. Исмаилова. - Бишкек, 2007. - 92 с.
3. Насыров В.А. Практическое руководство по аудиологии / В.А. Насыров, Т.А. Изаева, И.М. Исламов и др. - Бишкек, 2014. - 133 с.
4. Богомольский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология / М.: ГЭОТАР_МЕД, 2002. - 432 с.
5. Изаева Т.А. Заболевания уха в детском возрасте: методическое пособие / Т.А. Изаева, И.М. Исламов, Ч.А. Жолдошева. - Бишкек, 2007. - 40 с.
6. Насыров В.А. Лимфотропная терапия в комплексном лечении больных с отогенными внутричерепными осложнениями / В.А. Насыров, Я.М. Песин, Т.А. Изаева // Вестник КРСУ. - 2007, том 7. - №2. - С. 142-146.
7. Изаева Т.А. Отогенные и риногенные осложнения. Клиника, диагностика, лечение / Т.А. Изаева, В.А. Насыров, И.М. Исламов, А.А. Исмаилова. - Бишкек, 2008. - 191 с.