

Лицевой нерв проходит в стенке барабанной полости довольно большой и сложный путь, образуя 2 колена.

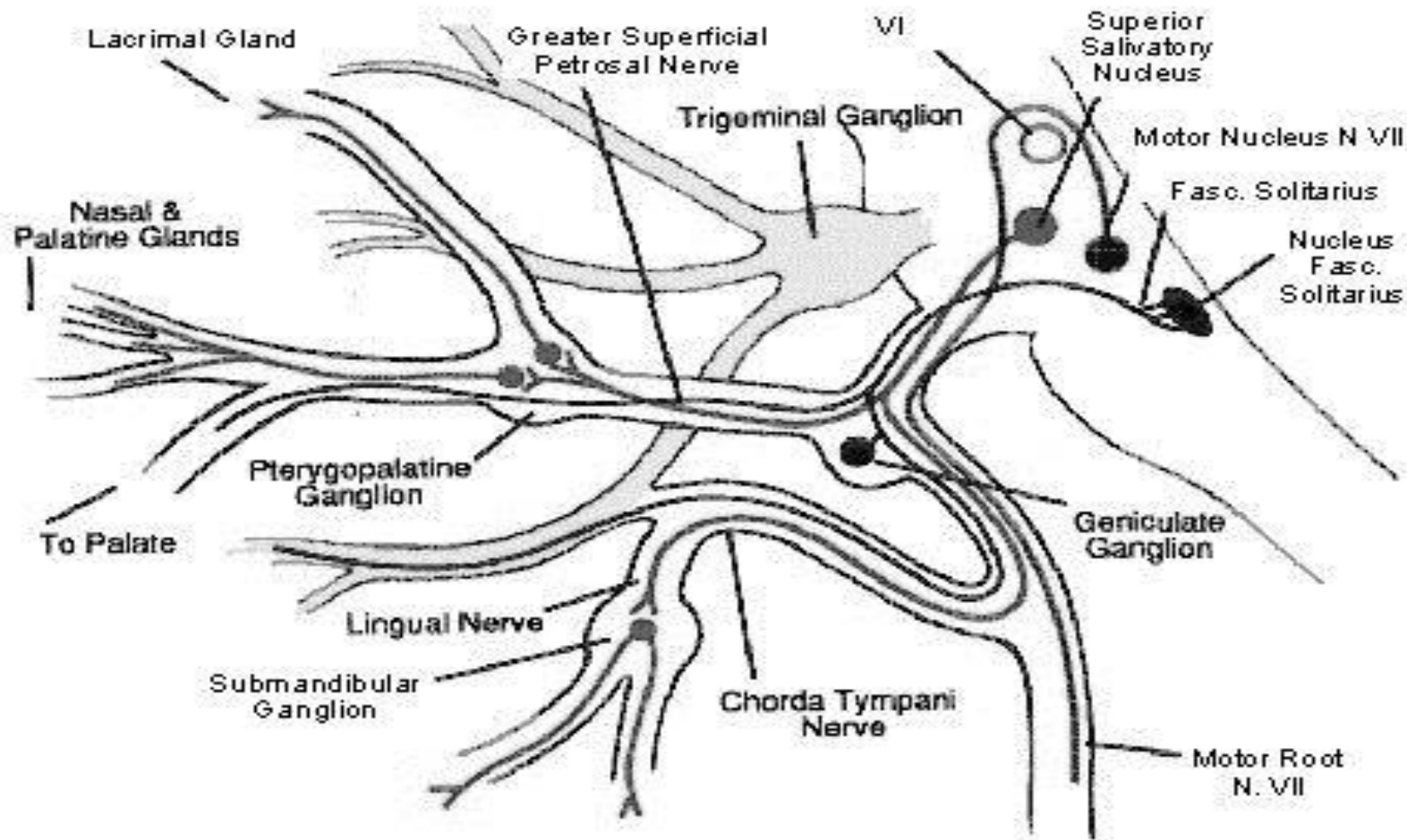
На своем пути он отдает несколько ветвей: в области первого поворота от коленчатого узла – большой каменистый нерв, после второго поворота – n . Stapedius, а затем барабанную струну.

Каменистый нерв несет секреторные волокна для глаза и глотки, которые идут в составе Видиева нерва. Поражение его вызывает сухость глаза.

Стапедиальный нерв иннервирует стремянную мышцу и его поражение вызывает гиперкузию. Поражение вызывает нарушение вкуса в области передних двух третей языка на соответствующей стороне.

Механизм распространения воспалительного процесса  
на лицевой нерв при остром воспалении  
и  
при хроническом эпитимпаните различный.

# Схематичное строение лицевого нерва



При остром отите происходит не воспаление нерва, а его сдавливание отеком периневральных образований.

Стенки канала лицевого нерва могут иметь щели, тогда периневральная ткань прямо прилегает к периосту. Такие дегисценции встречаются в детском возрасте и у молодых людей. Но там, где отсутствуют дегисценции, кость сама по себе довольно пориста, богата костно-мозговыми полостями и кровеносными сосудами.

Поэтому воспалительный процесс, с явлениями задержки экссудата в барабанной полости, может легко дать коллатеральный отек, который и сдавливает в канале ствол лицевого нерва. Возникает картина лицевого паралича.

Для периферического паралича, характерно одновременное поражение всех трех его ветвей: верхней, средней, нижней.

Пациент на больной стороне не может поднять угол рта, не может полностью закрыть глазную щель, не может приподнять бровь.

Поскольку при остром воспалении непосредственной причиной поражения лицевого нерва является его сдавливание отеком, поэтому и ЛЕЧЕНИЕ сводят главным образом к ликвидации причин задержки дренирования барабанной полости.

С этой целью увеличивают перфорацию барабанной перепонки,  
делают второй парацентез,  
удаляют грануляции, закрывающие перфорацию.

В упорных случаях вскрывают сосцевидный отросток и помогают дренировать барабанную полость через ушную рану.

Одновременно назначают дегидратационную и противовоспалительную терапию.

Иной механизм развития лицевого паралича при  
гнойных эпителимитах.

В этих случаях причиной постепенного разрушения  
кости канала лицевого нерва является холестеатома.

Она приводит к вскрытию канала и переходу инфекционного начала и нагноительного процесса, непосредственно на лицевой нерв, вызывает явления неврита.

Поражение лицевого нерва при хроническом гнойном воспалении среднего уха опасно не только с точки зрения косметики и функции глаза, но и с точки зрения возможности появления внутричерепных осложнений.



Лечение лицевых парезов и параличей при хроническом эпителимпаните состоит в выполнении радикальной операции, которая позволяет убрать все патологическое из барабанной полости в том числе и холестеатому и обеспечить надлежащее дренирование пораженной зоны височной кости.

Однако, удаление остеомиелитически измененных участков кости и холестеатомы, и создание хороших дренажных условий далеко не всегда благополучно сказывается на исходах поражения лицевого нерва.

В выборе метода лечения вопрос решают индивидуально. Проводят противовоспалительную и дегидрационную терапию, обеспечивают условия надлежащего дренирования путем тимпанотомии, а при неэффективности таковой выполняют антротомию с ревизией стенки канала лицевого нерва. При мезотимпаните с краевой перфорацией барабанной перепонки, где имеются условия для развития холестеатомы, показано выполнение радикальной операции.

Эффект лечения больных отогенными поражениями лицевого нерва закрепляют назначением физиотерапевтических процедур, стимулирующих проводимость нервных импульсов средств ( прозерин, стрихнин, витамины группы В), и лечебной физкультурой (специальными и гимнастическими упражнениями и массажем лицевых мышц).

# Схема вскрытия и обнажения лицевого нерва при частичной декомпрессии в барабанной полости



# ЛАБИРИНТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Осложнения, связанные с распространением гнойной инфекции на ушной лабиринт, то есть на внутреннее ухо, могут возникать как при остром, так и хроническом гнойном воспалении среднего уха особенно при обострениях.

При остром воспалении и обострении хронического мезотимпанита лабиринтные осложнения чаще возникают в результате распространения болезнетворного агента через лабиринтные окна – через овальное или чаще через круглое.

Это обусловлено тем, что в окнах имеются не сплошные костные стенки, а мембранозные образования, которые закрывают круглое окно полностью, в виде вторичной барабанной перепонки овальное окно частично в виде кольцевидной повязки.

Прямого прорыва гноя из среднего уха в лабиринт через окна, как правило, не бывает.

Вначале возникает воспаление мембранозных образований, они становятся проницаемы для токсинов, что сопровождается интоксикацией внутреннего уха и явлениями серозного лабиринта.



Если не ликвидируются причины, вызывающие задержку отделяемого из области круглого и овального окна, то происходит нарастание воспалительных явлений, увеличивается проницаемость мембран, закрывающих окна лабиринта, они разрыхляются внутри лабиринта усиливается секреция, повышается внутрилабиринтное давление, под влиянием которого может наступить прорыв одной из мембран, чаще мембраны круглого окна, при этом в направлении из лабиринта в барабанную полость. Открывается широкий доступ инфекции из барабанной полости в ушной лабиринт. Возникает картина разлитого гнойного лабиринта.

Иной механизм возникновения лабиринтных осложнений имеет место при хронических гнойных воспалениях среднего уха, эпитимпаните и мезотимпаните с краевой перфорацией барабанной перепонки.

Чаще всего лабиринтное осложнение в этих случаях  
обязано своим возникновением развитию  
холестеатомы. Возникает фистула то есть свищ.

Поскольку процесс протекает медленно, постольку со  
стороны эндоста, то есть того слоя, который покрывает  
кость изнутри, со стороны внутреннего уха, постепенно  
развиваются грануляции. Эти грануляции ограничивают  
участок поражения. Возникает картина не разлитого, а  
ограниченного лабиринта, что является более  
свойственным осложнением хронического гнойного  
воспаления среднего уха.

Гнойное поражение ушного лабиринта иногда может быть травматическим, что изредка наблюдается при недостаточно аккуратно проведенной технике хирургического вмешательства, особенно, когда при проведении так называемой радикальной операции удаляют заднюю стенку наружного слухового прохода.

Наконец, при хронических гнойных средних отитах, осложненных фистулой лабиринта, под влиянием очередных обострений воспаления в ухе возникают обострения и в лабиринте. Ограниченное воспаление постепенно переходит в разлитое гнойное. Повторные вяло протекающие обострения вовлекают в процесс все большие участки лабиринта, возникает разлитой гнойный лабиринтит, который приобретает хроническое течение.

Таким образом, с точки зрения патологической анатомии и клиники следующие типы лабиринтита разделяют на

1- острый разлитой серозный лабиринтит,

2- острый разлитой гнойный лабиринтит,

3- ограниченный лабиринтит, который имеет хроническое течение. Иногда его называют фистульным лабиринтитом, поскольку он чаще всего бывает связан с фистулой наружного полукружного канала,

4- и как результат рецидивов воспаления не сильных обострений, хронический разлитой гнойный лабиринтит.

Каждая из этих форм имеет свою своеобразную симптоматику. Но прежде всего надо запомнить 2 симптома, которых не бывает при лабиринтите.

Даже при разлитых гнойных лабиринтитах не бывает повышения температуры и головных болей.

Эти 2 симптома не характерны для самых тяжелых, даже некротических форм лабиринтитов.

Функции лабиринта две: акустическая и вестибулярная.

Последняя является только одним из участников сложного комплекса различных органов и систем, которые обеспечивают состояние равновесия.

Акустическая функция при лабиринтных поражениях в той или иной степени всегда страдает.

При серозных лабиринтитах она выпадает на время, при гнойных – навсегда, при ограниченных лабиринтитах она лишь снижается.

В симптоматике лабиринтных поражений акустическая функция занимает небольшую роль.



Для головокружения, свойственного поражениям лабиринта, характерна вращательность ощущений.

Вращательные головокружения называют системными головокружениями.

Для других заболеваний такая вращательность менее характерна.

Больные предъявляют неопределенные жалобы на ощущение потемнения в глазах, ощущение уплыwania пола из-под ног и т.п.

Нистагм , то есть ритмичное подергивание глазных яблок, столь характерное для лабиринтных поражений. Лабиринтный нистагм в отличии от других видов нистагма складывается из двух компонентов – быстрого броска в одну сторону и последующего медленного возвращения глазного яблока в исходное положение.

Нарушение статики обнаруживают при положении человека в позе Ромберга. Больной в позе Ромберга испытывая головокружение, пошатывается в сторону медленного компонента нистагма. Если в позе Ромберга будем менять положение головы больного, поворачивать его в правую или левую сторону, то направление нистагма по отношению к плоскости тела будет меняться, будет меняться и направление падения , пошатывания.

Если исследовать походку больного с закрытыми глазами, то он будет двигаться таким образом, что к указанной ему цели не дойдет, а отклониться закономерно в сторону противоположную направлению нистагма.

Показательна указательная проба, которая применяется при исследовании функции лабиринта. Ее называют пальце-пальцевой, пальце-носовой, коленно-пяточной. Больной промахивается обеими руками в сторону, противоположную быстрому компоненту нистагма.

Показана операция на среднем ухе для санации гнойного очага, интенсивная противовоспалительная терапия (антибиотики, сульфаниламиды), дегидратационная терапия.

## Экстрадуральный абсцесс

К самым легким формам внутричерепных осложнений относится поражение наружной поверхности твердой мозговой оболочки. Название заболевания имеет ряд синонимов – его называют наружным ограниченным пахименингитом, то есть ограниченным воспалением наружной поверхности твердой мозговой оболочки; иногда называют экстрадуральным абсцессом, а в случаях, когда экстрадуральный абсцесс локализован в области задней черепной ямки и гной омывает лежащий здесь сигмовидный синус то перисинуозным.

Чаще всего экстрадуральные абсцессы возникают  
контактным путем ,  
путем постепенного разрушения кости барабанной  
полости по протяжению и

чаще всего костных стенок сосцевидного отростка,  
отделяющих его клеточную систему от средней и  
задней черепных ямок.

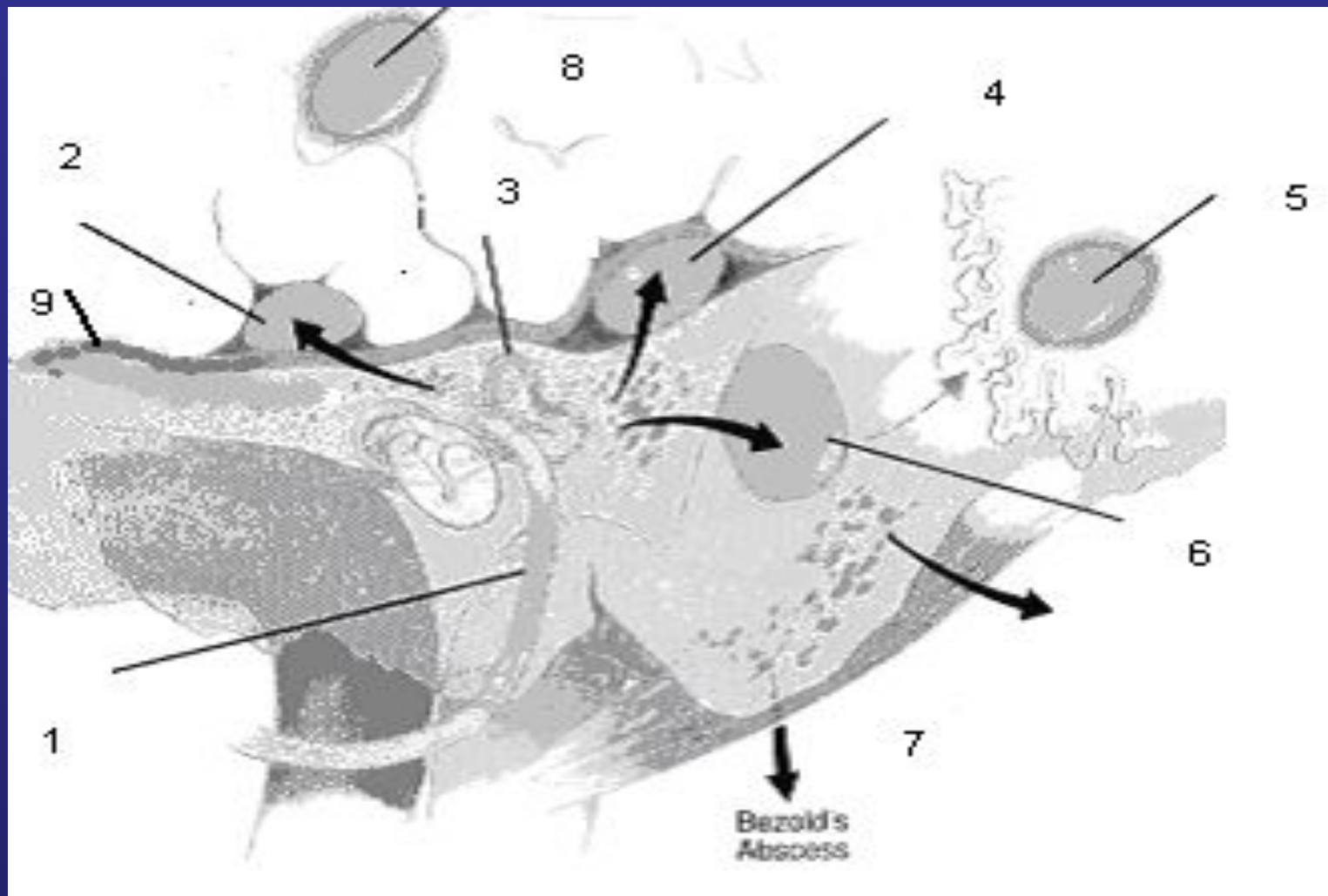
При остром гнойном воспалении среднего уха возникновению экстрадурального абсцесса обычно предшествует мастоидит,

при хроническом в подавляющем большинстве случаев эпителимпанит с холестеатомой, которая и способствует разрушению кости.

Первое время, когда твердая мозговая оболочка оказывается обнаженной нагноительным процессом, наружная поверхность ее начинает соответствующим образом реагировать: в ее толще появляется мелкоклеточная инфильтрация, расширяются сосуды, возникает венозный стаз и, наконец, на ее поверхности появляются вялые, дряблые, мало болезненные грануляции.



Осложнения гнойного среднего отита. 1- лицевой нерв (неврит),  
2 – эпидуральный абсцесс, 3 – внутреннее ухо (лабиринтит),  
4 – экстрадуральный абсцесс, 5 – абсцесс мозжечка, 6 –  
сигмовидный синус (тромбофлебит), 7- верхушечные формы  
мастоидита (Бецольда), 8 - абсцесс мозга, 9 – мозговые  
оболочки (лептоменингит)



Клиника экстрадурального абсцесса очень сложна потому, что нет симптомов патогномичных для этого заболевания. Синдромы самые разнообразные.

Очень часто симптоматика экстрадурального абсцесса оказывается перекрытой симптомами первичного заболевания: при остром воспалении – симптомами мастоидита, при хроническом гнойном воспалении – симптомами хронического гнойного воспаления среднего уха.

Однако же, в ряде случаев все же возникает субъективная симптоматика, которая заставляет заподозрить неблагополучие в полости черепа. Это прежде всего появление болевого симптома. У ряда больных с наличием экстрадурального абсцесса возникают головные боли.

Когда количество выделений из уха уменьшается, то головная боль усиливается и, наоборот, тогда, когда количество выделений увеличивается, то головная боль становится терпимой.

Это очень тревожный и убедительный симптом!

Общая симптоматика экстрадурального абсцесса  
не  
определенна.

Пульсация гноя в ухе в поздних стадиях течения гнойного воспаления среднего уха должна всегда заставить подумать о возможности обнажения и вовлечение в процесс мозговых оболочек, пульсация которых и передается гнойному содержимому среднего уха. К пульсации, как закономерному явлению относятся в первые дни после прободения барабанной перепонки, но через несколько дней, она исчезает и до конца заболевания не возобновляется. Возобновление пульсации должно заставить подумать о возможности обнажения твердой мозговой оболочки.

При локализации процесса в задней черепной ямке, в ряде случаев тоже можно отметить местные симптомы, и появление так называемого симптома Гризингера.

Несомненную помощь оказывает компьютерная томография , но она пока выполняется не всем больным и не повсеместно.

Лечение нагноительных процессов только хирургическое.

Мастоидэктомия при мастоидите и

общеполостная (радикальная ) операция при хроническом эпитимпаните

подводят к очагу, к участку, в котором обнажена твердая мозговая оболочка.



Поражение левой височной доли мозга.

Тогда возникает сравнительно ранний, очень типичный симптом афазии.

Существует ряд типов **афазии**: моторная, сенсорная, амнестическая.

При моторной афазии больной понимает и помнит название слов, но артикуляция у него невозможна, последовательность звуковых движений нарушена.

При сенсорной он не понимает то, что нужно говорить и то, что ему говорят – это не очень типичный для абсцесса ушного происхождения симптом.

А вот третий тип афазии – амнестическая афазия – очень характерен для поражения левой височной доли.

Амнестическая афазия – это та афазия, при которой больной может артикулировать, прекрасно все понимает, но, к сожалению, забыл значительное количество слов из своего словарного фонда.

В некоторых случаях словесная амнезия достигает колоссальных размеров, так что у больного из словарного фонда сохраняются лишь отдельные словесные амболы.

Например, кусок сахара он называет словом «сладкий», ложку – «для того, чтобы есть», и т.п. По этим маленьким хитростям, которые очень часто проявляют больные, догадываются, что дело идет об амнестической афазии, что характерно для довольно раннего поражения левой височной доли мозга.

К сожалению, при поражении правой височной доли мозга, где как известно у большинства правшей речевые центры отсутствуют, этого раннего симптома не бывает.

Появляются порезы и параличи, возникающие контрдлатерально, то есть на стороне, противоположной абсцессу. Чаще всего это парезы или параличи и развиваются так: сперва страдает функция лицевого нерва, немного позднее верхней конечности и еще позднее нижней конечности. В этой последовательности развивается и процесс. Иногда появлению парезов и параличей предшествует появление судорожных явлений, но это не является обязательным.

Сравнительно в редких случаях наблюдают возникновение контрлатеральной гемианестезии, то есть на противоположной стороне.

В диагностике правостороннего поражения более или менее помогает возникновение гемианопсии, то есть выпадение полей зрения, противоположно расположению процессу глаза.

Эти симптомы свидетельствуют о далеко зашедших формах абсцедирования.

Поражение мозжечка.

Поскольку мозжечок является центром координированных движений мышц, то в первую очередь возникают явления атаксии.

Атаксические явления дают знать о себе прежде всего на стороне поражения.



Характерно нарушение походки, если больной еще способен двигаться самостоятельно, нарушение походки иное, чем у больного лабиринтитом, у него наблюдается неустойчивость, неуверенность движений, широко расставленные ноги, балансирование руками, то есть то, что носит название походки пьяного.

Особенно выражены эти явления при исследовании фланговой походки, то есть при перемещении больного в сторону поражения, путем подставки одной ноги к другой.

Возникают атаксические явления при целом ряде проб.

При пальце-носовой пробе, когда больной при закрытых глазах кончиком указательного пальца должен дотронуться до кончика носа.

На здоровой стороне он ее выполняет свободно, на больной стороне – довольно грубо промахивается, а если и попадет, то после долгих поисков размашистыми движениями.

Аналогичное наблюдается и при выполнении коленно-пяточной пробы.

Очень характерно выявление симптома адиадохокинеза.

Больному с вытянутыми руками предлагают при закрытых глазах проводить последовательные движения супинации и пронации в быстром темпе.

На здоровой стороне движения происходят четко, на больной кисть болтается. Координированных четких движений пронации и супинации не получается.

Очень характерна мышечная атония на стороне поражения: ослаблено рукопожатие, вытянута рука на стороне поражения опускается.

Можно проделать дополнительные пробы, которые будут свидетельствовать о неполноценности всех мозжечковых функций.

Проба с промахиванием хорошо закономерна при заболевании лабиринтита, у больного возникает промахивание обеими руками в сторону, противоположную быстрому компоненту нистагма, то есть поскольку нистагм у больного гнойным лабиринтитом направляется в сторону здорового уха, то промахивание параллельно обеими руками, идет в сторону больного уха.

При мозжечковом поражении промахивание имеет совершенно иной характер – на здоровой стороне палец попадает в четко намеченное место, на больной стороне палец отклоняется в сторону, либо кнаружи, либо кнутри от указанного ему направления.

Изредка может быть и такая ситуация, когда больной промахивается обеими руками, но уже не параллельно, а либо по сходящимися, либо по расходящимся направлениям. Это тоже довольно типичная для мозжечковой локализации ситуация.

В позе Ромберга при лабиринтите, больной падает всегда строго закономерно в сторону, противоположную быстрому компоненту нистагма, направление падения меняется, в зависимости от поворота головы в ту или иную сторону. Закономерность падения всегда выдерживается, всегда направлено в сторону медленного компонента нистагма.

При мозжечковом поражении падение ли пошатывании в позе Ромберга этой закономерности не имеет. Пошатывание беспорядочное, чаще всего спереди назад. Изменение положения головы не меняет направления падения.

Наконец, очень важен симптом нистагма, который возникает при мозжечковых поражениях.

При разлитом гнойном лабиринтите, где функция лабиринта выключена, быстрый компонент нистагма закономерно направляется примерно на протяжении 3 недель существования заболевания в сторону здорового уха. Если он начнет в этом периоде давать быстрые движения в сторону больного уха, то это **ОЧЕНЬ ТРЕВОЖНЫЙ СИМПТОМ**, свидетельствующий о вовлечении в страдание мозжечка. К этому симптому необходимо внимательно присматриваться и делать соответствующие выводы.



## Арахноидит

Арахноидит - патологический процесс в паутинной оболочке, выражающийся в её утолщении и проявляющийся фиброзной, адгезивной, кистозной формами. Он может возникать на почве острого или хронического гнойного среднего отита, при лабиринтите, петрозите, синустромбозе, гнойном менингите или абсцессе мозга.

Течение арахноидита может быть острым, подострым и хроническим.

Симптомы арахноидита зависят от характера процесса (спайки, киста) и его локализации.

Острая форма арахноидита характеризуется симптомами повышения внутричерепного давления (резкая головная боль, преимущественно в области затылка, тошнота, рвота, головокружение, нередко застойные соски зрительных нервов, иногда брадикардия).

Пирамидные и очаговые симптомы часто отсутствуют, слабо выражены и непостоянны.

При подостром течении в неврологическом статусе на первый план выступают симптомы поражения задней черепной ямки, чаще в мосто-мозжечковом пространстве.

Отмечаются парезы черепных нервов (V, VI, VII, VIII, реже IX и X и еще реже III и IV).

Может наблюдаться неустойчивость в позе Ромберга с отклонением или падением в сторону пораженного уха, шаткой походкой, нарушениями указательной и пальце-носовой проб, адиадохокинезом, спонтанным нистагмом.

В ликворе редко отмечается умеренный плеоцитоз или повышение содержания белка.

***Лечение.*** Хирургическое удаление воспалительного очага в височной кости (санирующая операция на ухе).

Для консервативного лечения арахноидита используются антибиотики, витамины В1, В6, В12, противовоспалительные препараты.