

Карагандинский Государственный Медицинский
Университет
Кафедра офтальмологии, оториноларингологии с
реаниматологией

СРС

На тему: Риногенные внутричерепные
осложнения: риногенный абсцесс мозга и
мозжечка.

Выполнил: студ. 4053 ОМ Атамбузов Г.
Т.

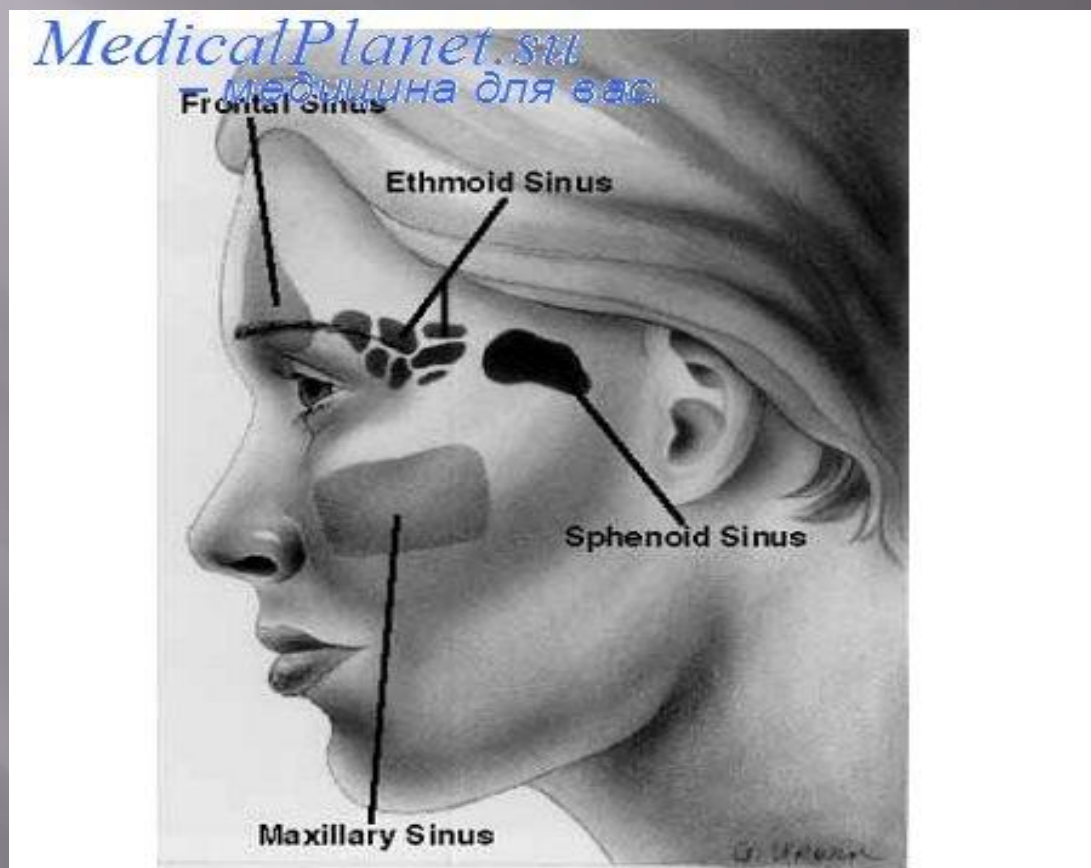
Проверила: преподаватель .Вдовенко
Н.А.

Караганда 2016

Содержание:

- ▣ Введение
- ▣ Этиология и патогенез внутричерепных осложнений в отоларингологии
- ▣ Риногенный абсцесс мозга
- ▣ Абсцесс мозжечка
- ▣ Клиника
- ▣ Диагностика
- ▣ Лечение

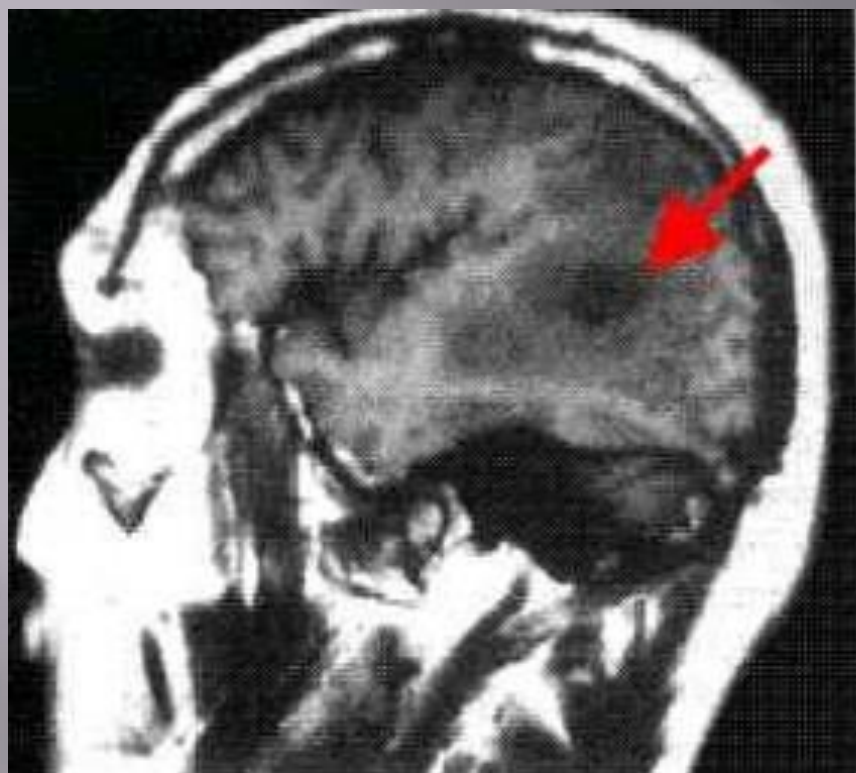
Введение



- ▣ Среди риногенных внутричерепных осложнений самое большое место занимают осложнения при травме носа, особенно хирургической, роже и фурункуле носа.

Этиология и патогенез внутричерепных осложнений в отоларингологии.

- Большинство исследований, посвященных патогенезу внутричерепных осложнений при воспалении придаточных пазух носа, ограничивает изучение вопроса путями проникновения инфекции через кость на внутричерепное пространство. Своеобразие реакций организма на инфекцию зависит от характера возбудителя и реактивности больного и определяет многообразие картины поражения. Нельзя отрицать того, что анатомические особенности имеют значение в распространении болезненного процесса в том или ином направлении. Разумеется, строение ткани имеет при этом немалое значение, нельзя, однако, забывать, что в результате воспаления происходят существенные изменения в местном кровоснабжении, в структуре кости и надкостницы. Масса вновь образованной соединительной ткани создает в одних местах мощное препятствие в виде плотной капсулы, в других же образуется грануляционная ткань. Видоизменяются окончания и даже стволы нервов, изменяется интенсивность рецепции этой зоны.



**МР-изображение абсцесса
головного мозга**



**МР-изображение абсцесса
головного мозга после
контрастного усиления.**

Риногенный абсцесс мозга

- ▣ Риногенный абсцесс головного мозга - ограниченное скопление гноя в головном мозге, возникающее вторично при наличии очаговой инфекции в околоносовых пазухах. Чаще всего источником инфекции является лобная пазуха, реже решетчатый лабиринт и верхнечелюстная пазуха. Абсцесс обычно локализуется в лобной доле головного мозга и почти всегда располагается на стороне пораженной пазухи.



В клинике можно выделить местные и общие симптомы.

- ▣ *Местные симптомы* могут характеризоваться отеком век, отеком и гиперемией конъюнктивы, наличием экзофтальма различной степени выраженности со смещением глазного яблока чаще книзу и кнаружи на соответствующей стороне.
- ▣ *Общие симптомы* характеризуются признаками инфекционного заболевания, менингеальными симптомами, общемозговыми и очаговыми (гнездными) симптомами.



Рис. 21. Тромбофлебит вен левой орбиты и тромбоз пещеристого синуса (а, б).



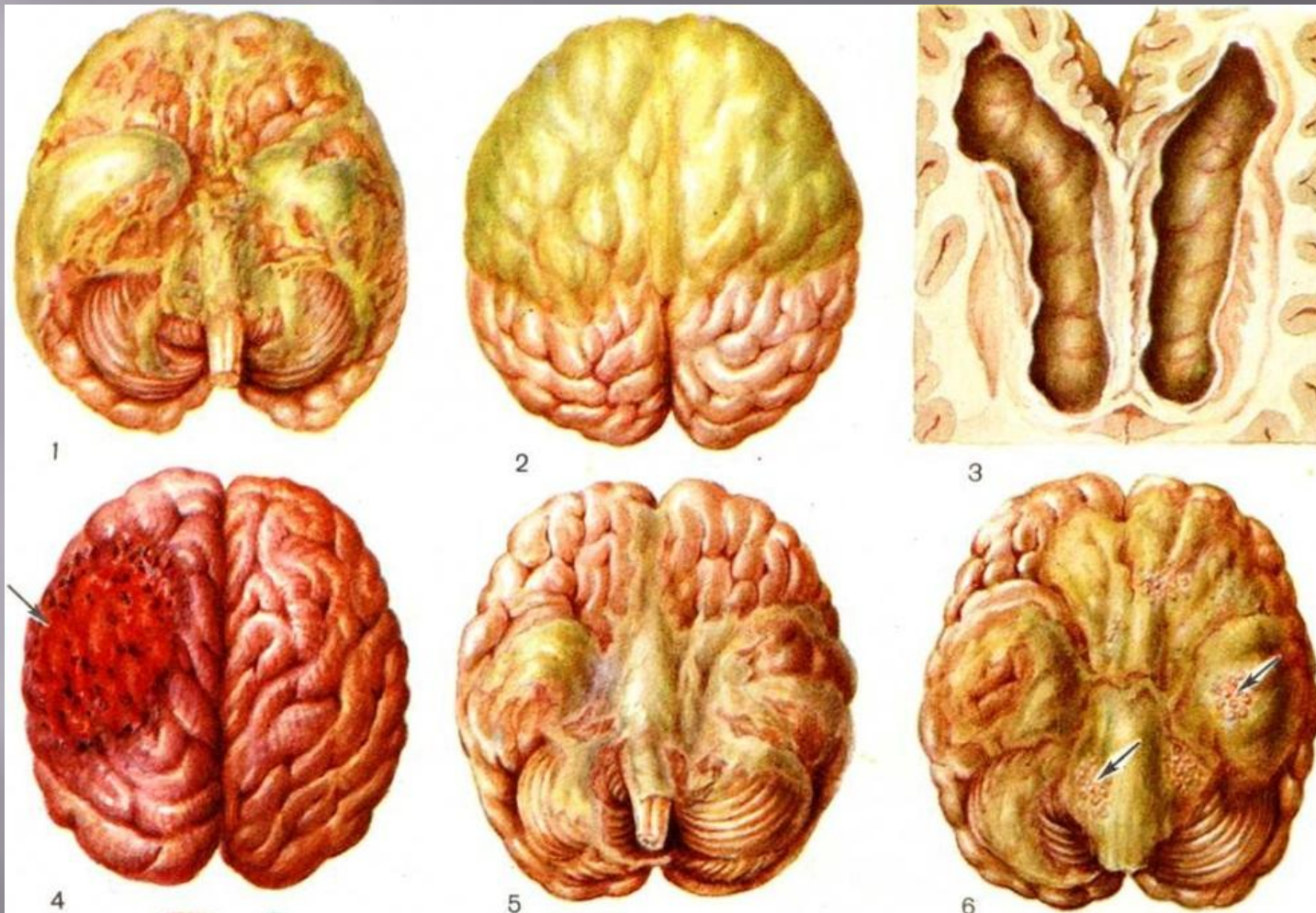
Все о зрении

www.zreni.ru

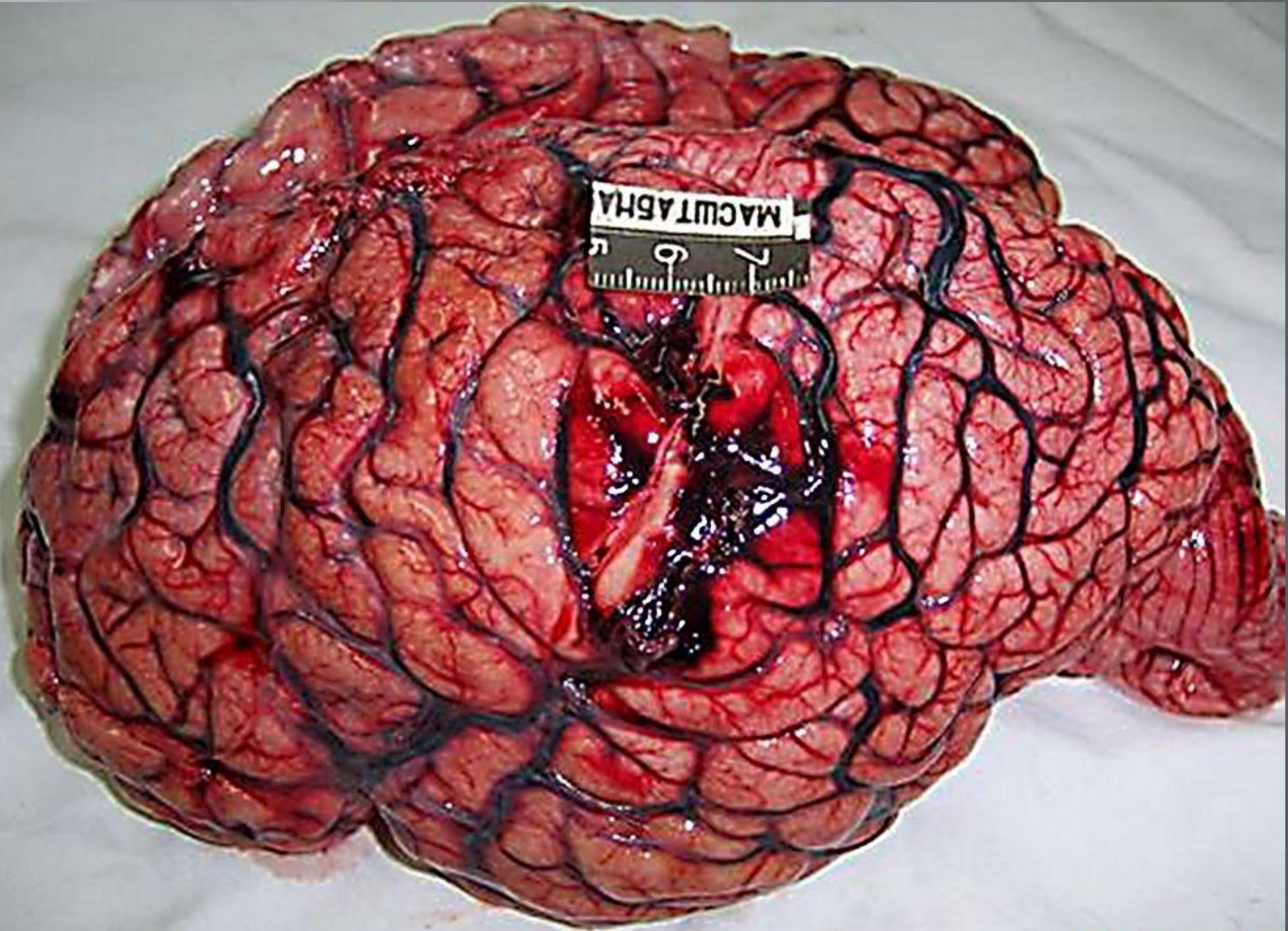
В развитии абсцесса можно условно выделить четыре стадии.

- ▣ В начальной стадии наблюдается умеренное повышение температуры тела, головная боль, рвота, общая слабость.
- ▣ **Скрытый (латентный) период** - все симптомы слабо выражены, состояние больного улучшается, падает температура, состояние остается относительно удовлетворительным. Если очаг инкапсулируется, то состояние надолго нормализуется.
- ▣ В явной стадии наряду с признаками инфекционного поражения: слабость, повышение температуры, потеря аппетита и др., могут усиливаться общемозговые симптомы - головная боль, локализующаяся в лобной области, рвота, сонливость; менингеальные симптомы - ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, симптомы Брудзинского, Бехтерева и др. Характерны очаговые симптомы поражения лобной доли: расстройство психики, нарушение статики и походки, патологические рефлексy - хватательный и сосательный. Расстройство психики выражается в снижении интеллекта и памяти. Наблюдается эйфория, неадекватность поведения, прожорливость.

- ▣ Судороги, парезы и зрительные нарушения также характерны для очаговой симптоматики абсцесса лобной доли. Судороги носят характер джексоновских припадков, начинаются с мимических мышц лица противоположной стороны и распространяются сначала на верхнюю, затем на нижнюю конечности. Иногда могут наблюдаться и речевые расстройства.
- ▣ При распространении воспалительной реакции за пределами лобной доли возникают дислокационные симптомы - чувствительные и двигательные расстройства на стороне, противоположной абсцессу.



- ▣ Терминальная стадия абсцесса характеризуется грубыми нарушениями функций организма, обусловленные как общей интоксикацией, так и явлениями отека мозга.



- ▣ Абсцесс мозжечка — крайне тяжелое осложнение, вследствие сдавления ликворных путей, нарушения циркуляции ликвора, развития внутренней водянки и отека ствола мозга, которые могут быть причиной мгновенной смерти.

- ▣ Абсцесс мозжечка проявляется резкой болью в затылке, ригидностью мышц этой области, нарастанием общемозговых симптомов и преимущественно глазодвигательных расстройств. При этом бывает частое поражение VII нерва, односторонний парез III нерва, вследствие чего наблюдается птоз или мидриаз, парез VI нерва, горизонтальный и вертикальный парез взора, содружественное отклонение глаз в здоровую сторону. Типичен крупноразмашистый горизонтальный ротаторный нистагм в сторону очага стволового характера. Очень грозный симптом — это парез взора в здоровую сторону, а при попытке изменить его направление появляется крупнотонический нистагм «плывущий взор».

- По мере нарастания гипертонического гидроцефального синдрома возникает брадикардия и застойный сосок у 50% больных. Почти у всех больных обнаруживается лабиринтит как причина развития нистагма. В случаях осложнения тромбозом синусов твердой мозговой оболочки и распространением его на кавернозный может возникнуть экзофтальм.

Диагностика

- ▣ **Диагностика** складывается из характерных жалоб, клинических и неврологических симптомов. При появлении первичных признаков заболевания показана КТ или МРТ, которые дадут точные данные в отношении наличия и локализации объемного процесса в черепе. Показана спинно-мозговая пункция, при которой выявляется белково-клеточная диссоциация, жидкость вытекает под давлением. Однако необходимо помнить о возможности транстенториального или височного вклинения мозга и минимизировать забор ликвора.

Лечение

- ▣ Лечение риногенного абсцесса мозга заключается в экстренной хирургической элиминации гнойного процесса в околоносовых пазухах. Если источником абсцесса является лобная пазуха, хирургическую санацию сочетают с декомпрессионной трепанацией мозговой (задней) стенки пазухи. После обнажения твердой мозговой оболочки обращают внимание на ее цвет, толщину, наличие фиброзных налетов, грануляций. Пункция твердой мозговой оболочки производится после обработки йодом специальной толстой иглой с тупым концом на глубину 3-4 см. При обнаружении гнойника мозга по игле расширяют рану и вставляют резиновую полоску в полость абсцесса.
- ▣ Хирургическое вмешательство необходимо сочетать с массивной противовоспалительной, антибактериальной, дезинтоксикационной и дегидратационной терапией в условиях реанимационного отделения.

Список литературы:

- Овчинников Ю.М., Гамов П.Р. «Заболевания носа, гортани, глотки, уха»
- Пальчун В.Т. «Оториноларингология»
- medicalplanet.su/otolaringologia/90.html
- www.mediasphera.ru/journals/oto/526/8007/
- www.nedug.ru › ... › Энциклопедия › Медицинские термины › А

▣ Спасибо за внимание!!!