



ОТОГЕННЫЙ АБСЦЕСС ГОЛОВНОГО МОЗГА И МОЗЖЕЧКА

Эпидемиология

- Различные формы внутричерепных осложнений выявляются примерно у 3,5–4% больных с воспалительными заболеваниями уха, госпитализированных в ЛОР-стационар.
- При хроническом гнойном среднем отите внутричерепные осложнения встречаются почти в 10 раз чаще, чем при остром.
- Среди основных видов отогенных внутричерепных осложнений чаще других встречается менингит, на втором месте — абсцессы мозга и мозжечка, на третьем — синустромбоз и отогенный сепсис.
- Самое частое осложнение в раннем и младшем детском возрасте — менингоэнцефалит.

Этиология

- Внутрочерепные отогенные осложнения обычно вызываются теми же возбудителями, которые высеваются из полостей среднего уха при его воспалении.
- Ведущую роль играют стрептококки и стафилококки, реже — пневмококки. Нередко обнаруживаются анаэробы, грибковая флора, а также условно-патогенные микроорганизмы и сапрофиты кишечника, микоплазма.
- Вирулентность инфекции имеет существенное значение в возникновении того или иного вида отогенного осложнения, однако в их развитии важнейшую роль играет также реактивность организма в целом.

Факторы, способствующие развитию отогенных

внутричерепных осложнений

- Обострение хронического гнойного среднего отита.
- Высокая вирулентность флоры и ее резистентность к проводимой антибактериальной терапии.
- Затруднение оттока гнойного отделяемого из барабанной полости и ячеек сосцевидного отростка в наружный слуховой проход.
- Снижение резистентности организма.

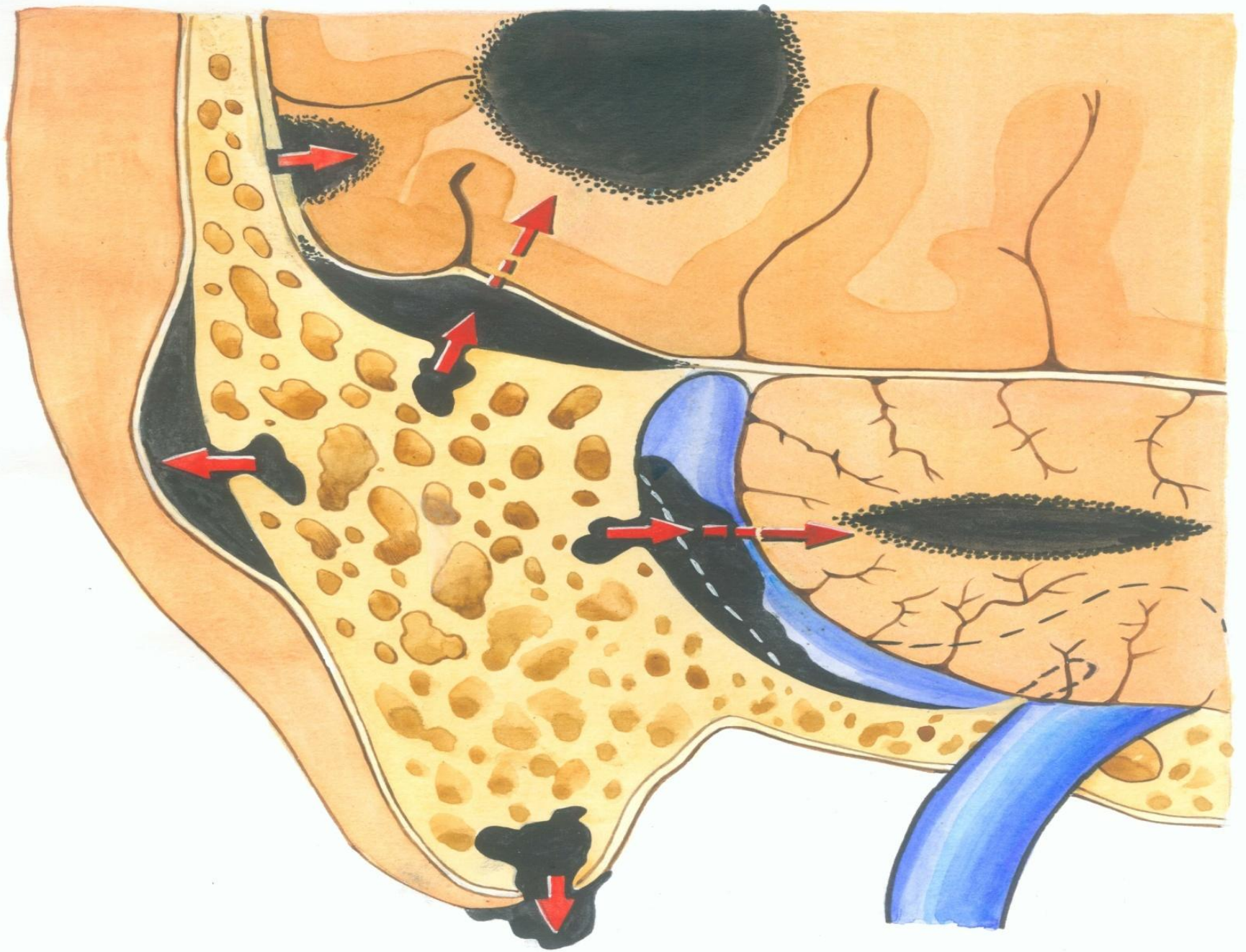
Пути проникновения инфекции

- Контактный - вследствие разрушения кариозным или холестеатомным процессом верхней стенки барабанной полости или пещеры, задней стенки сосцевидного отростка;
- Гематогенный (сосудистый, или метастатический) — играет основную роль в возникновении осложнений у больных острым гнойным средним отитом. Инфекция при этом распространяется по сосудам в глубинные отделы мозга, возможно развитие абсцесса на противоположной по отношению к больному уху стороне.
- По преформированным путям - по костным канальцам кровеносных и лимфатических сосудов, периваскулярным пространствам внутреннего слухового прохода, по водопроводам преддверия и улитки
- Через дигесценции
- Лимфогенный
- Лабиринтогенный

Этапы распространения

инфекции в полость черепа

- Разрушение кариозным или холестеатомным процессом верхней стенки барабанной полости или пещеры сосцевидного отростка ->
- Ограниченный пахименингит ->
- Формирование экстрадурального абсцесса ->
- Образование субдурального абсцесса ->
- Проникновение инфекции в субарахноидальное пространство — разлитой гнойный менингит ->
- Проникновение инфекции в вещество мозга — энцефалит ->
- Абсцесс мозга или мозжечка



Абсцесс мозга и мозжечка

- Внутримозговые абсцессы — ограниченное скопление гноя в веществе головного мозга, возникающее вторично при наличии источника инфекции в полостях среднего уха.

Общие сведения

- **Абсцессы височной доли мозга** встречаются в **4 раза чаще**, чем **абсцессы мозжечка**, и имеют обычно округлую форму, в то время как в мозжечке — щелевидную.
- Внутримозговые абсцессы чаще развиваются при **хроническом гнойном среднем отите**, инфекция в вещество мозга проникает контактным путем. Возникают они обычно в непосредственной близости от очага инфекции и располагаются довольно поверхностно — на глубине 2–4 см.
- При **остром среднем отите** возможно гематогенное или лимфогенное распространение инфекции, при этом абсцесс может формироваться в отдаленных от первичного очага участках мозга.

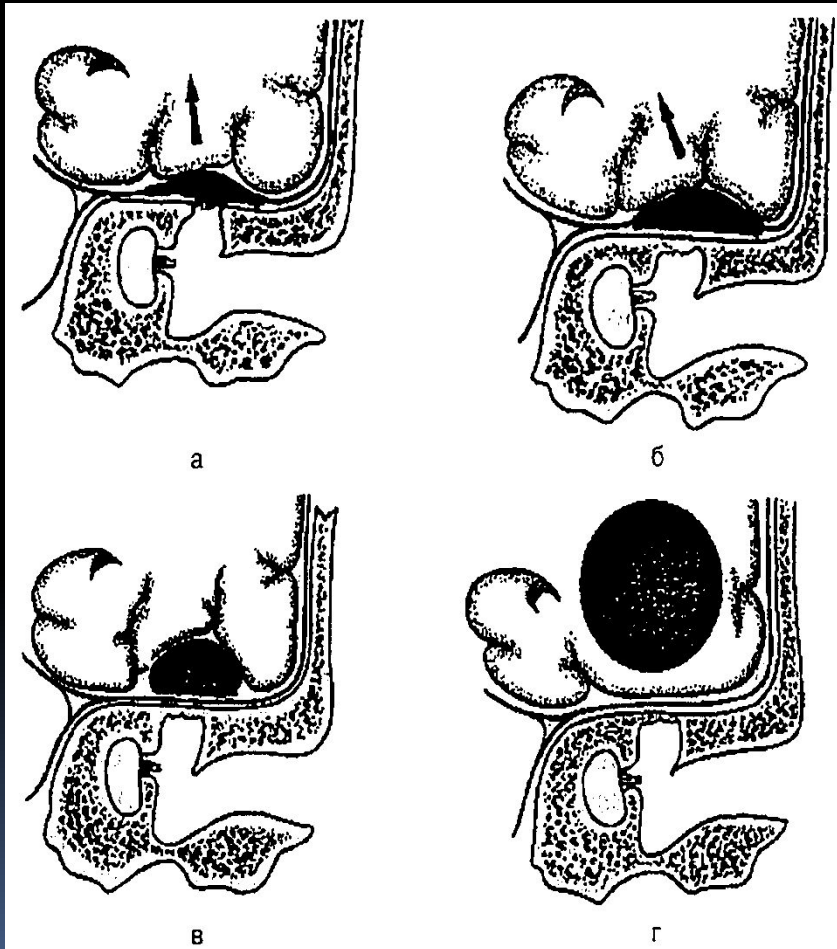
Стадии формирования абсцессов

- I — **начальная (энцефалитическая) стадия** длится обычно 1–2 недели и сопровождается легкой головной болью, вялостью, повышением температуры до $37,2–37,5^{\circ}\text{C}$, тошнотой и рвотой.
- II — **латентная** стадия (мнимого благополучия) длится от 2 до 6 недель. Может отмечаться вялость, бледность больного, отсутствие аппетита, периодически головная боль. Температура обычно нормальная, формула крови без отклонений от нормы.

Первые две стадии часто протекают незаметно или их симптомы трактуют как обострение отита.

- III — **явная (манифестная) стадия.** Продолжительность около 2 недель, налицо картина тяжелого заболевания с тенденцией к быстрому и неуклонному ухудшению состояния больного. Симптоматика этой стадии — см. ниже.
- IV — **терминальная стадия.** Наступает при прорыве абсцесса в желудочки мозга или в субарахноидальное пространство.

Отогенные абсцессы мозга



- а — открытый экстрадуральный абсцесс;
- б — закрытый экстрадуральный абсцесс;
- в — субдуральный абсцесс;
- г — внутримозговой абсцесс

Симптоматика явной стадии абсцесса

- общие признаки тяжелого инфекционного заболевания (слабость, разбитость, отсутствие аппетита, больной вял, сонлив, кожные покровы бледны, иногда с землистым или желтушным оттенком, выражение лица страдальческое, иногда повышение температуры до 38–39 °С, воспалительные изменения со стороны крови);
- — **общемозговые симптомы** (сильнейшая головная боль, рвота, не связанная с приемом пищи, вынужденное положение головы при абсцессе мозжечка, иногда брадикардия до 45 в 1 мин, часто бывают менингеальные симптомы);
- — **очаговые неврологические симптомы**, зависящие от локализации абсцесса.

Очаговые симптомы при абсцессе височной доли

Афазия при поражении левой височной доли у правшей) наблюдается в 75–80% случаев.

- Амнестическая афазия — если больному показать какой-либо предмет и спросить, как называется, он не может ответить и описывает этот предмет (например: карандаш — это то, чем пишут, ложка — то, чем едят, и т. д.).
- Сенсорная афазия — больной утрачивает значение слов, как будто с ним говорят на непонятном ему языке. При сохранном слухе он не понимает то, что ему говорят; речь его становится непонятной и превращается в бессмысленный набор слов.
- Гемипарез — выпадение полей зрения с двух сторон, объясняется вовлечением в процесс зрительного пути, проходящего через височную долю в затылочную. Важный симптом при поражении правой височной доли у правшей.
- Эпилептиформный синдром — один из очаговых знаков при поражении височной доли мозга. Иногда этот признак является первым указанием на формирующийся абсцесс.
- Височная атаксия — при правосторонней локализации абсцесса височной доли мозга у правшей височная атаксия проявляется падением больного влево.

Симптоматика

при абсцессе мозжечка

- Нарушение тонуса мышц (промахивание одной рукой на стороне поражения при выполнении пальценосовой, пальцепальцевой проб).
- В позе Ромберга и при ходьбе по прямой отклонение в сторону пораженной доли мозжечка.
- Невозможность выполнения фланговой походки, падение в сторону поражения.
- Затруднение при выполнении пяточноколенной пробы.
- Адиадохокинез — невозможность быстро и плавно производить пронацию и супинацию, наблюдается резкое отставание руки на пораженной стороне.
- Мозжечковый нистагм обычно направлен в больную сторону, он грубый, крупноразмашистый, сопровождается другими мозжечковыми симптомами.

Диагностика внутримозговых абсцессов

- Рентгенография черепа и височных костей, рентгеновская и магнитно-резонансная компьютерная томография мозга.
- Эхоэнцефалография (смещение М-эха).
- Люмбальная пункция.
- При необходимости — энцефалография, ангиография, пневмо— и вентрикулография, радиоизотопная сцинтиграфия.
- Консультации: невролога, офтальмолога, отоневролога, отоларинголога.

Принципы лечения при отогенных внутримозговых абсцессах

- Хирургическая санация очага в среднем ухе (при остром отите – антромастотомия, при хроническом – радикальная общеполостная операция)
- Обнажение черепных ям, дренирование внутричерепного абсцесса
- Медикаментозная антибактериальная, дегидратирующая, дезинтоксикационная терапия

Этапы операции

- Экстренно, по жизненным показаниям выполняется расширенная радикальная операция со вскрытием черепных ямок.
- 1. Вещество мозга пунктируется на глубину не более 4 см.
- 2. При обнаружении абсцесса иглу оставляют на месте и по ней делают разрез твердой мозговой оболочки, чаще всего крестообразно.
- 3. По игле вводят ушные щипцы в сомкнутом состоянии до абсцесса мозга. Раскрыв щипцы на 1,5–2 см, выводят их из мозга и тем самым формируют ход в вещество мозга до гноиника.
- 4. В полость абсцесса вводят полоску из перчаточной резины.
- 5. Наряду с операцией проводится активная антибактериальная, дегидратационная, дезинтоксикационная терапия, как при гнойном менингите.

Заключение

- Внутричерепные осложнения, возникающие при хронических очагах воспаления в среднем ухе или в околоносовых пазухах, относятся к числу угрожающих жизни. Без хирургической санации, выполненной в возможно ранние сроки, больной с таким осложнением практически не имеет шансов на выздоровление. Поэтому врач любого профиля должен обладать достаточными знаниями, чтобы заподозрить наличие осложнения и своевременно направить больного в специализированное лечебное учреждение.