

ФГБОУ ВПО КУБГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

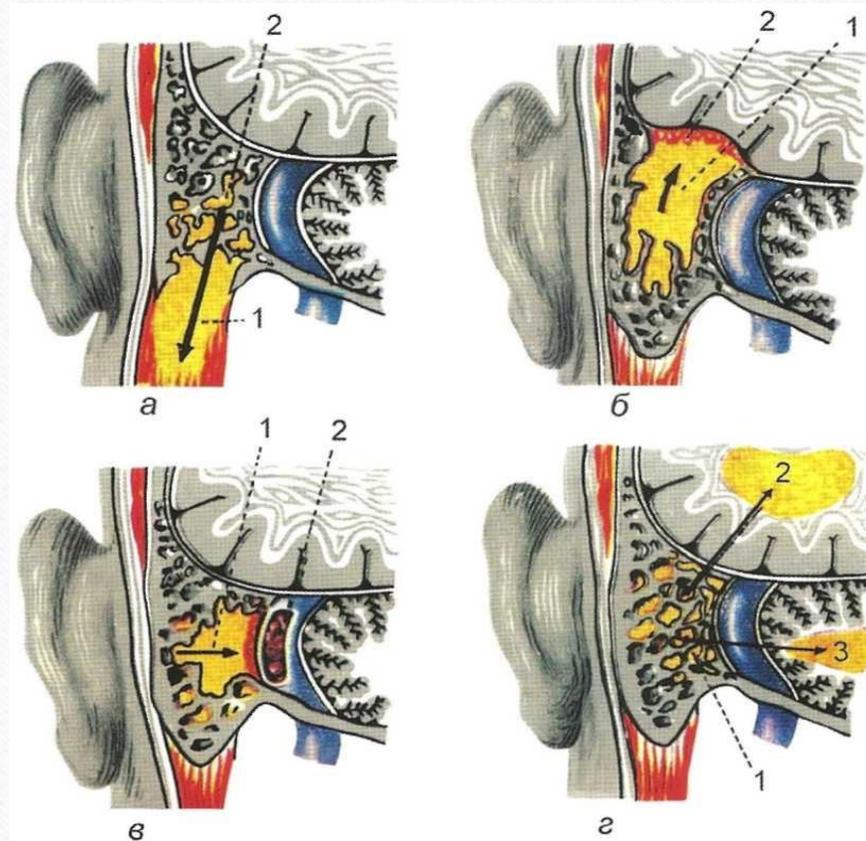
Презентация на тему:

**«Отогенные внутричерепные
Осложнения.»**

Выполнила студентка 4 курса
Педиатрического факультета:
Султанова С. А.

Краснодар 2019

Оттогенные внутричерепные осложнения – это совокупное название всех поражений внутричерепных структур, которые возникают на фоне заболеваний среднего или внутреннего уха.



Классификация:

1. Отогенный менингит
2. Абсцессы мозга и мозжечка
3. Синустромбоз и отогенный сепсис
4. Менингоэнцефалит

Пути проникновения:

1. Контактный
2. Гематогенный
3. Преформированный

ЭТИОЛОГИЯ:

1. Бактериальная микрофлора:

Стрептококки и стафилококки,

Реже – пневмококки.

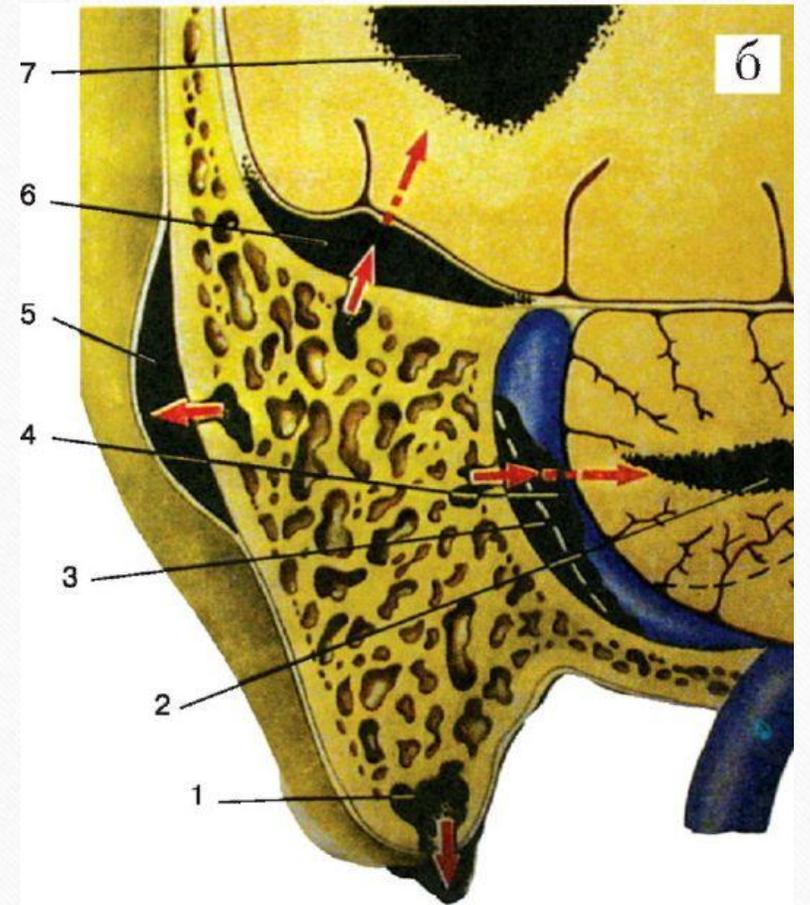
2. Нередко выявляют анаэробную и

грибковую микрофлору, условно-патогенные

Микроорганизмы.

Контактный путь. 4 этапа

- Первый – развитие ограниченного воспаления на участке твердой мозговой оболочки. Ограниченный пахименингит.
- Второй – образование экстрадурального абсцесса.
- Третий – проникновение инфекции между твердой мозговой оболочкой и паутинной оболочкой с образованием субдурального абсцесса.
- Четвертый – вовлечение в гнойный процесс вещества мозга.



Гематогенный путь.

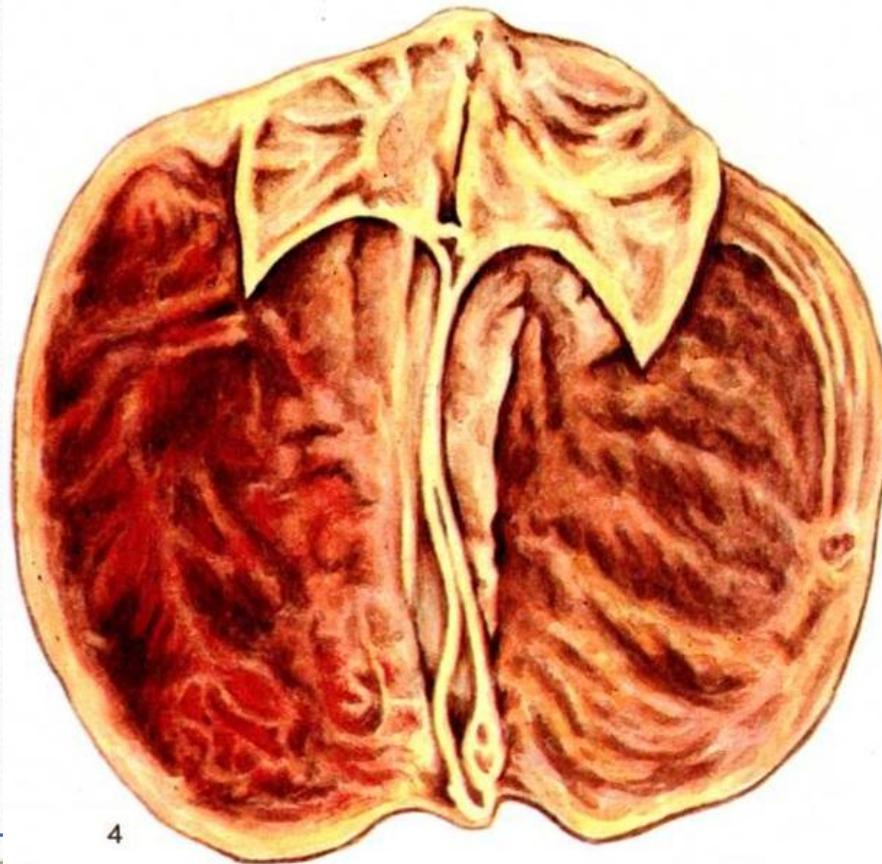
Реализуется у больных с острым гнойным средним отитом.

Инфекция распространяется в глубинные отделы мозга.

Преформированный путь.

- По костным канальцам лимфатических и кровеносных сосудов.
- Периваскулярным пространствам внутреннего слухового прохода
- Водопроводы преддверия и улитки.

Отогенный менингит (meningitis otogena) - разлитое гнойное воспаление оболочек головного мозга, развивающееся в результате бактериального инфицирования со стороны полостей среднего уха.



Этиология.

Разнообразная бактериальная флора, высеваемая при хроническом или остром гнойном среднем отите.

Общие симптомы.

- Состояние больного обычно тяжелое.
- Чаще он лежит на боку, согнув ноги и запрокинув голову.
- Отмечается помутненное сознание.
- Температура повышена до 39-40 °С и выше,
- Вследствие выраженной интоксикации наблюдается тахикардия, сердечные тоны приглушены; дыхание учащено, но ритмичное. Язык сухой. Кожные покровы бледные.

К менингеальным (оболочечным) симптомам относятся

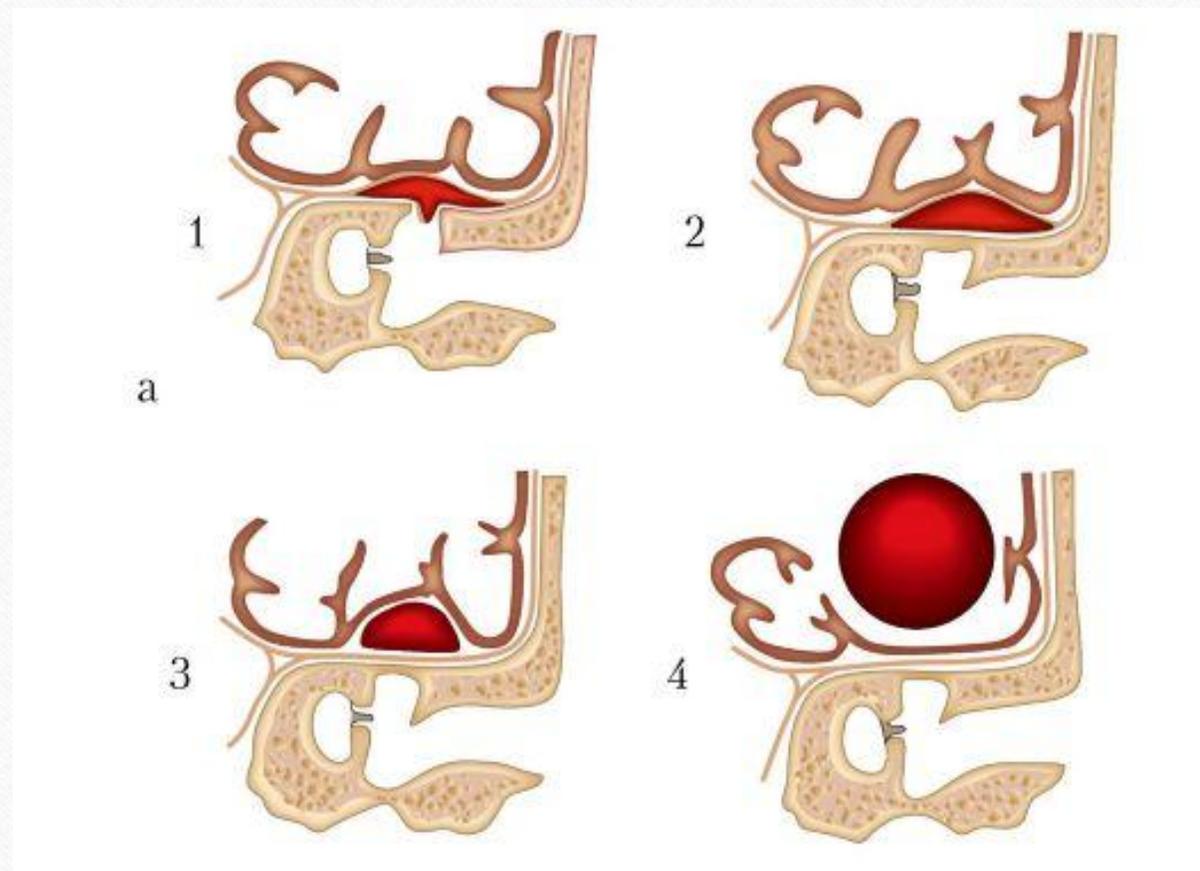
- головная боль,
- ригидность затылочных мышц,
- симптомы Кернига, Брудзинского, скуловой симптом Бехтерева,
- общая гиперестезия и др.

Лечение.

Срочная хирургическая элиминация очага инфекции в ухе и антибактериальная терапия.

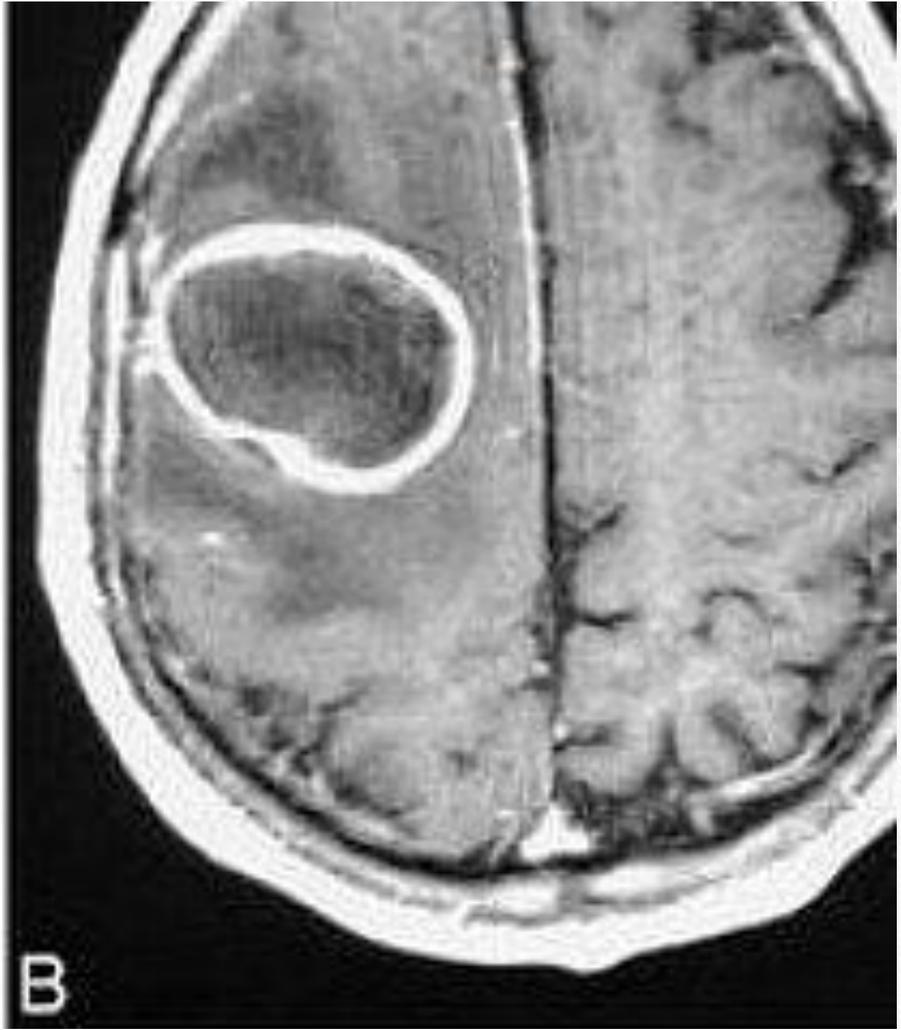
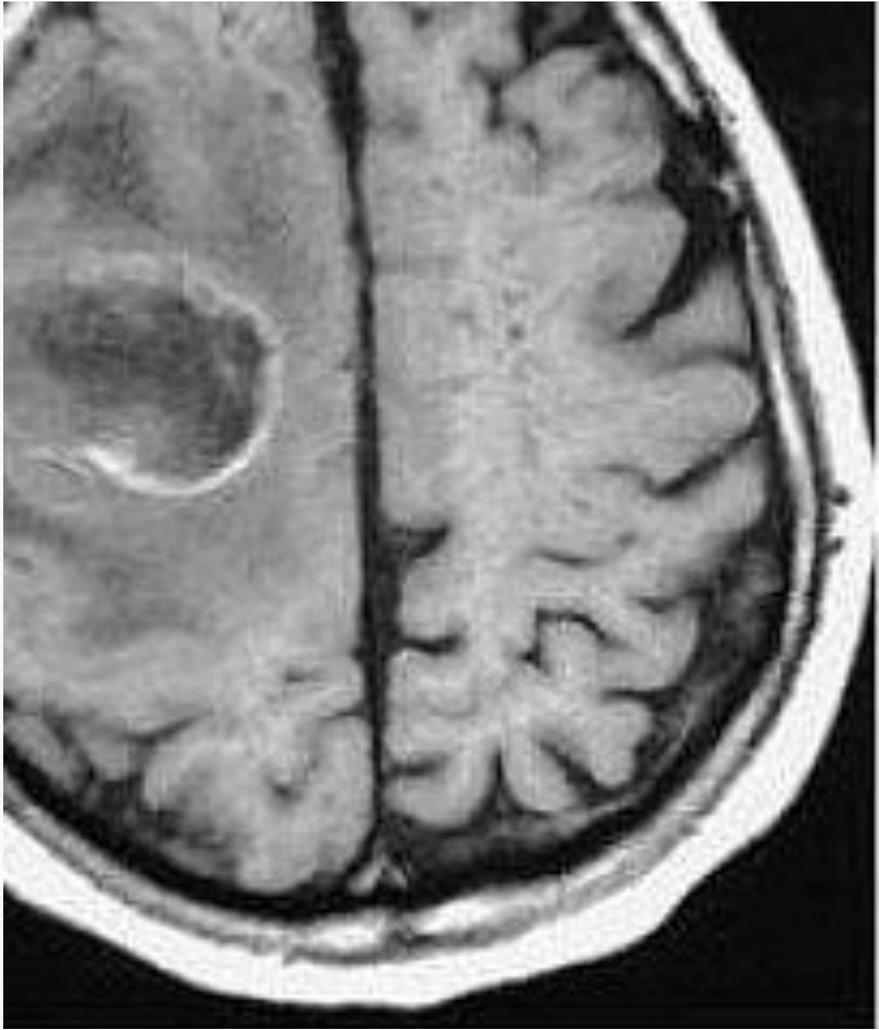
Различают экстрадуральные, субдуральные, а также внутри мозговые абсцессы

- 1 - открытый экстрадуральный абсцесс;
- 2 - закрытый экстрадуральный абсцесс;
- 3 - субдуральный абсцесс;
- 4 - внутри мозговой абсцесс



Экстрадуральный абсцесс представляет ограниченное скопление гноя между внутренней поверхностью височной кости и твердой мозговой оболочкой.

Возникает в результате распространения воспалительного процесса из барабанной полости и сосцевидного отростка в полость черепа и локализуется в средней или задней черепных ямках. В том случае, когда гнойник расположен между наружной стенкой венозного синуса и костью, он обозначается как **перисинуозный** абсцесс. **Экстрадуральный** абсцесс может быть осложнением острого среднего отита или обострения хронического гнойного отита; нередко при этом наблюдается гной в полостях среднего уха, холестеатома, часто - разрушение крыши сосцевидной пещеры или барабанной полости. При экстрадуральном абсцессе, осложняющем острый гнойный отит, могут быть клинические симптомы мастоидита.



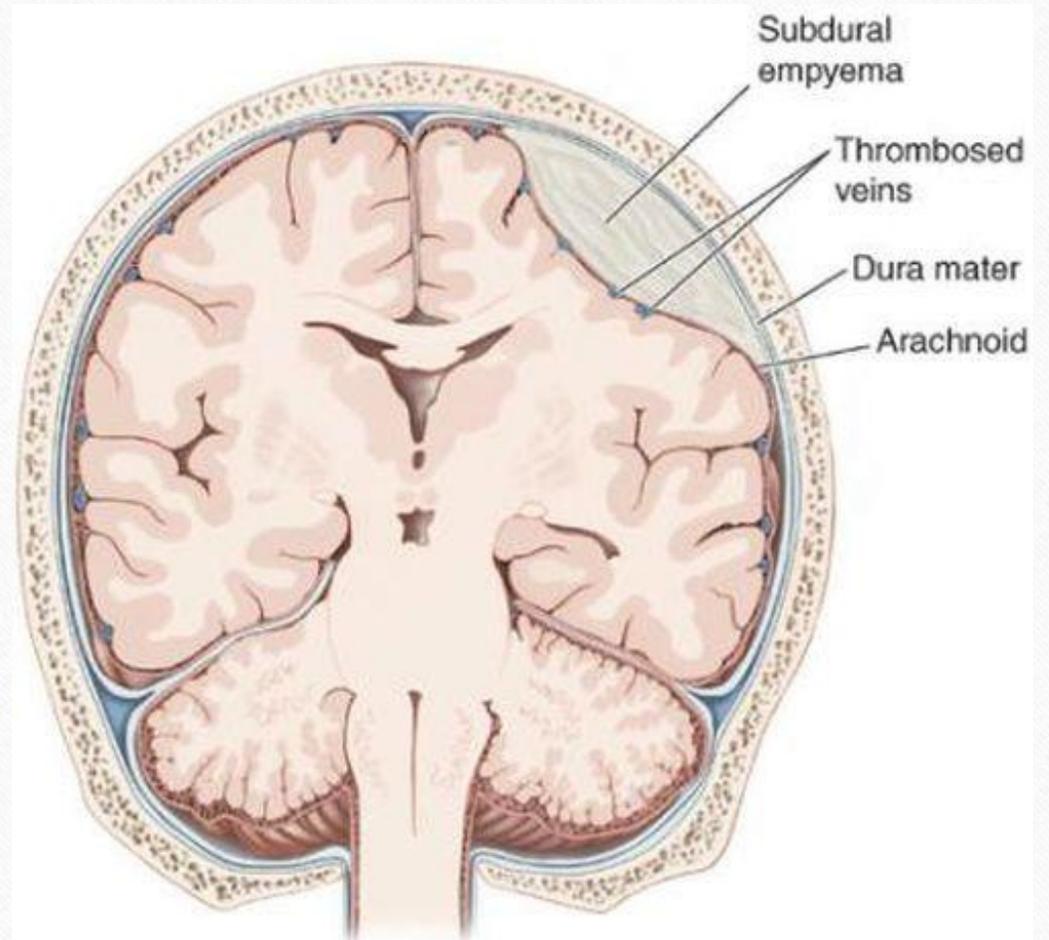
Клиническая картина и диагностика. Клиника при экстрадуральном абсцессе бедна, он нередко диагностируется лишь во время плановой операции. Общие симптомы мало выражены. Температура чаще нормальная или субфебрильная даже при наличии перисинуозного абсцесса. Подъем температуры означает обычно развитие менингита или синустромбоза и сепсиса. Частота пульса соответствует температуре. Анализы крови часто без отклонений от нормы, СОЭ не увеличена. Лишь при обширном пахименингите наблюдаются небольшие изменения крови.

Лечение

экстрадурального абсцесса - обязательно хирургическое - расширенная общеполостная операция на среднем ухе. Показанием к операции является локальная головная боль, ухудшение общего состояния, обильное гноетечение из уха, появление очаговых симптомов, выявляемый рентгенологически кариозный процесс в аттикоантральной области.

Субдуральный абсцесс -это скопление гноя между твердой и мозговой оболочкой и мозгом.

Развивается как осложнение хронического гнойного среднего отита, значительно реже - острого.



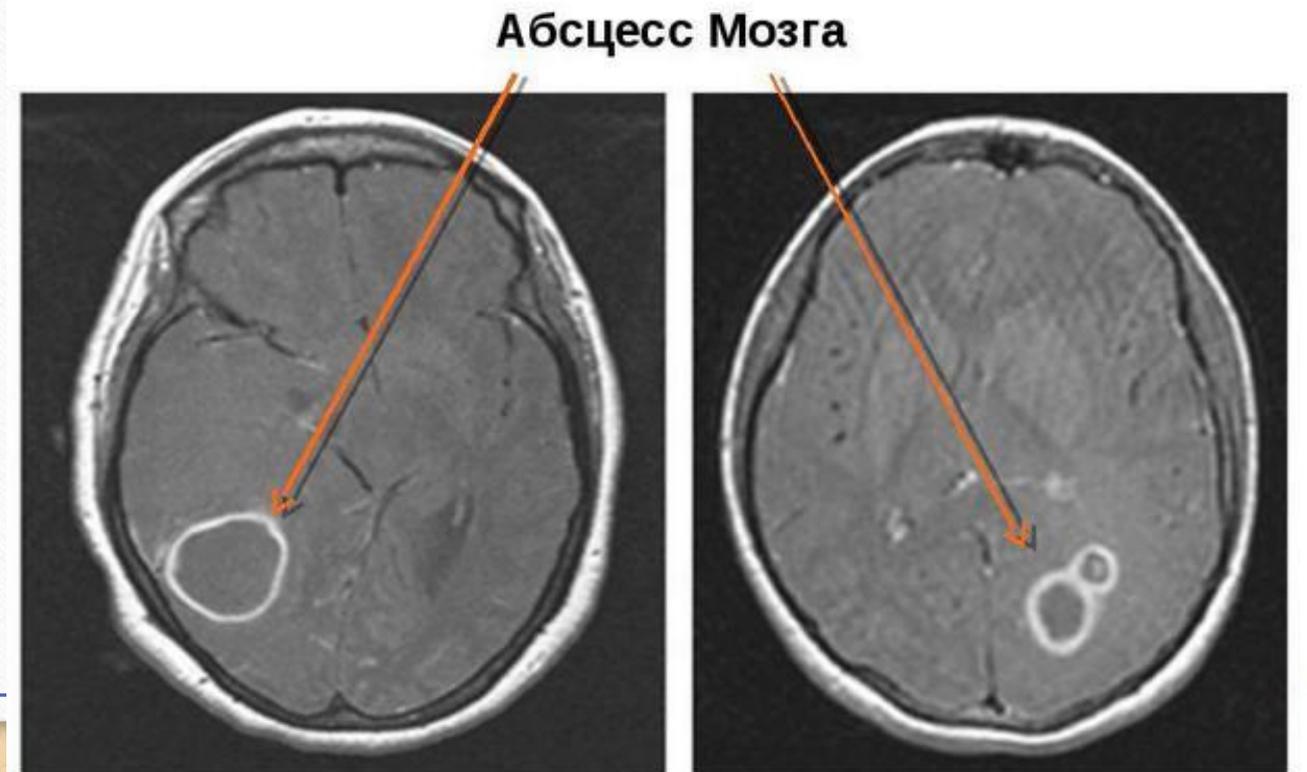
Лечение субдурального абсцесса обязательно хирургическое. Выполняется расширенная общеполостная операция (в редких случаях - антромастотомия) с обязательным обнажением сигмовидного синуса и твердой мозговой оболочки средней черепной ямки. Чаще всего диагноз может быть подтвержден лишь на операции, когда обнаруживается фистула в твердой мозговой оболочке, через которую выделяется гной.

Абсцесс мозжечка отогенной природы встречается в 4-5 раз реже, чем абсцесс височной доли мозга, его развитию нередко предшествует лабиринтит. Симптоматика абсцесса мозжечка характеризуется нарушением тонуса мышц конечностей, изменением координаторных проб, атаксией и появлением спонтанного нистагма. Менее постоянны дизартрия, парезы конечностей и парезы взора, поражение отводящего и лицевого нервов.

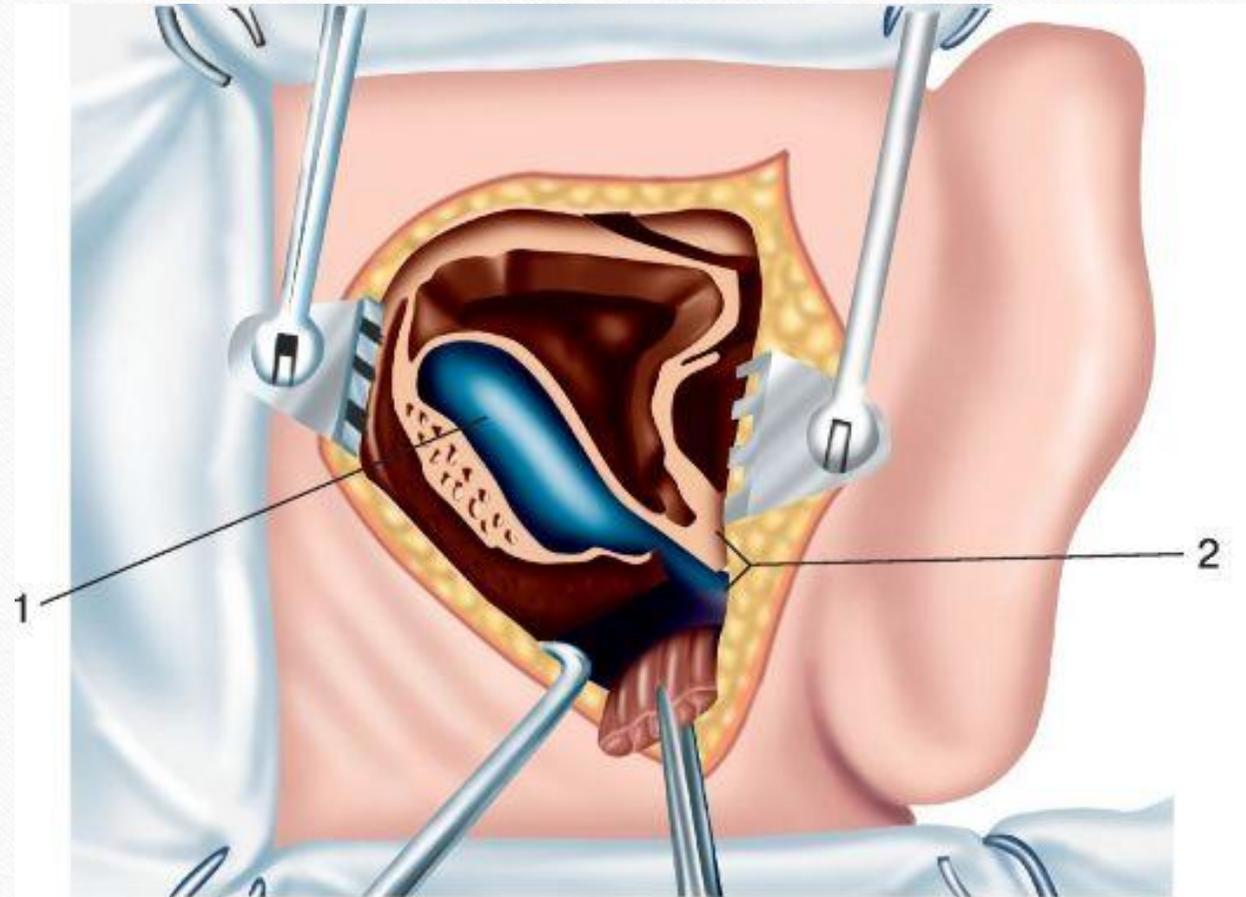


Диагностика отогенных абсцессов мозга осуществляется с учетом рассмотренных клинических признаков, среди которых ведущее значение для локализации патологического процесса имеют очаговые симптомы. К дополнительным методам исследования относятся рентгенография черепа, КТ и МРТ мозга, эхоэнцефалография (смещение М-эхо), электроэнцефалография, люмбальная пункция, ангиография, пневмо- и вентрикулография, радиоизотопная сцинтиграфия.

Лечение отогенных абсцессов мозга хирургическое. Оно включает *расширенную радикальную операцию уха*, поиски и вскрытие абсцесса. При расширенной операции, кроме обычного объема хирургического вмешательства, производится обнажение твердой мозговой оболочки в области средней и задней черепных ямок, а при необходимости и в области траутманновского треугольника (медиальная стенка антрума).



Тромбоз сигмовидного синуса – формирование и последующее инфицирование тромба в просвете венозного синуса вплоть до полной его окклюзии, сопровождаемое воспалением сосудистой стенки.



I. Общеинфекционные симптомы:

- * гектическая температура до 39-41°C, потрясающий озноб, проливной пот (колебание 2-3°);
- * общее тяжелое состояние;
- * бледность кожи с землистым оттенком;
- * желтушность кожи, иктеричность склер;
- * в крови воспалительные изменения, СОЭ повышена, гипохромная анемия;
- * положительные результаты посева крови;

II. Местно – болезненность и отечность по заднему краю сосцевидного отростка (выход эмиссарных вен) – симптом Гризингера. При тромбозе внутренней яремной вены болезненность в области сосудистого пучка шеи по переднему краю ГКС мышцы – симптом Уайтинга, голова наклонена в сторону поражения.

Отогенный сепсис является следствием гнойного процесса в среднем ухе, сопровождающегося повреждением стенки сигмовидного синуса. Вначале развивается перифлебит, затем - флебит,

ОТОГЕННЫЙ СЕПСИС



Отогенный сепсис

Симптомы общие:

- гектическая лихорадка с ознобом
- бледность, желтушность кожи
- ОАК: нейтрофильный лейкоцитоз, ускорение СОЭ, анемия
- метастатические гнойники в легких, суставах и др. органах

Клиническая картина состоит из общих и местных симптомов. Если на фоне мастоидита или хронического гнойного эпитимпанита у больного возникает озноб, длящийся 15-45 мин, происходит изменение температурной кривой в течение суток, температура тела меняется на 4-5°C, появляется проливной обильный пот, то следует думать о возможности отогенного сепсиса. Кожа у больных чаще бывает бледной, позже окраска кожи становится желтоватой.

Лечение. При первых признаках сепсиса показано срочное хирургическое вмешательство на среднем ухе, сигмовидном синусе, иногда и на яремной вене для извлечения нагноившегося тромба. Проводится мощная антибактериальная терапия.

