

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

Г.І. Гарюк,
Т.В. Почуєва,
О.В. Сапожніков,
О.Е. Марченко

*Харківська медична академія
післядипломної освіти*

Досвід використання рентгенівської комп'ютерної томографії при отогенних абсцесах мозку

The experience of CT application in otogenic brain abscess

Клінічна картина отогенних внутрічерепних ускладнень відрізняється особливо тяжким перебігом, складністю діагностики, різноманітним і вираженою динамічністю великої низки об'єктивних і суб'єктивних симптомів, а також, досить часто, відсутністю специфічності [1, 2]. Це особливо характерно для тих випадків, коли на фоні гнійного середнього отиту формується абсцес мозку або мозочка [3–5].

Поширення інфекції крізь внутрішній слуховий прохід характерне для розвитку абсцесів мозочка, але при гострих отитах проникнення інфекції в мозочок лабіринтогенним шляхом спостерігається досить рідко. Гематогенне поширення часто закінчується формуванням множинних вогнищ гнійного запалення, які можуть складатися з кількох несуміжних ділянок або окремого віддаленого абсцесу.

При захворюваннях центральної нервової системи (ЦНС) протягом досить тривалого часу основними були електрофізіологічні, радіологічні, ультразвукові, ангіографічні, пункційні методи діагностики, комбінація яких і кваліфікований аналіз одержаних клінічних даних дозволяли в певній кількості випадків правильно оцінити стан хворого [6–8]. Але поява комп'ютерно-томографічних методів діагностики значно розширила можливості оториноларингологів, невропатологів та нейрохірургів при визначенні розмірів, локалізації, стадії та поширеності абсцесів мозку, дозволила вести більш ефективний динамічний контроль у процесі лікування [5, 9, 10].

Спеціалізована оториноларингологічна клініка № 30 м. Харкова, де розташована кафед-

ра оториноларингології Харківської медичної академії післядипломної освіти (зав. каф. проф. Г.І. Гарюк), у своїй практичній діяльності широко застосовує рентгенівську комп'ютерну томографію (КТ), яку останнім часом виконують на томографі фірми Marconi SeleCT SP у рентгенодіагностичному відділенні ЦКЛ № 5 м. Харкова.

За 1996–2003 рр. проведено обстеження і лікування 64 хворих на гострий (38 пацієнтів) та хронічний (26 пацієнтів) гнійний середній отит, ускладнений отогенним менінгітом. У більшості випадків гнійне запалення мозкових оболонок супроводжувалося втягненням у патологічний процес тканини головного мозку в стадії менінгоенцефаліту: при гострих отитах у 63 % випадків, а при хронічних — у 70 %. З метою диференціації стадії енцефаліту від стадії абсцедування всім хворим проведено КТ, яка дозволила в 16 % випадків при гострих і в 23 % при хронічних гнійних середніх отитах виявити ознаки абсцесу головного мозку. Таких хворих переводили на подальше лікування до нейрохірургічного відділення. При цьому екстрадуральні абсцеси, які за допомогою інших способів діагностики практично неможливо виявити до оперативного втручання, констатовані у 8 % спостережень при гострих і в 15 % при хронічних гнійних середніх отитах, ускладнених отогенним менінгоенцефалітом.

Крім того, велика розповсюдженість судинної патології головного мозку в хворих, що страждають на хронічні гнійні середні отити, не виключає можливості виникнення у них ознак гострого порушення мозкового кровообігу з

різними проявами загально мозкової і осередкової симптоматики. В таких випадках пацієнти спочатку потрапляють до неврологічних стаціонарів, і тільки уважне спостереження за перебігом захворювання й проведення томографічного дослідження дозволяють правильно оцінити стан, поставити діагноз отогенного гнійного ускладнення та перевести хворого в нейрохірургічний або отоларингологічний стаціонар.

Для ілюстрації можливостей КТ при отогенних абсцесах мозку і її ролі при розробці тактики ведення хворого наведемо клінічний випадок.

Хворий С., 29 років, доставлений машиною «швидкої допомоги» в стані непритомності в нейрохірургічне відділення з підозрою на об'ємний процес у головному мозку. З анамнезу з'ясовано, що він з дитинства хворіє на двобічний хронічний гнійний середній отит. Двічі (сім і п'ять років тому) оперований на правому вусі з приводу загострення отиту і один раз (три роки тому) на лівому вусі з приводу загострення отиту і отогенного менінгіту. Гноетеча справа виникає досить часто, погано піддається консервативному лікуванню, але це вухо краще чує. Ліве вухо практично глухе, гноетеча з нього виникає дуже рідко, останній раз поновилася два тижні тому. Родичі почали помічати періодичне порушення пам'яті, здатності читати та лічити. За кілька днів до госпіталізації в клініку у хворого з'явився сильний головний біль, що посилювався вночі, миттєве запаморочення голови, слабкість.

Об'єктивно: Ad — велика кількість гнійних виділень у слуховому проході, барабанна перетинка практично відсутня, слизова оболонка медіальної стінки барабанної порожнини гіперемована, інфільтрована, отвір слухової труби зяє, штаківська щілина широка, з поодинокими грануляціями, в трепанаційній порожнині грануляції, гній, сірчано-епідермальні маси з неприємним запахом, при ревізії зондом кісткові стінки порожнини збережені й прямого зв'язку з порожниною черепа не мають; As — у слуховому проході мізерне гнійне виділення з неприємним запахом, барабанна перетинка практично відсутня, слизова оболонка медіальної стінки барабанної порожнини і отвір слухової труби рубцево змінені, штаківська

щілина і вся трепанаційна порожнина огляду не піддаються, оскільки obtуровані рубцем.

У неврологічному статусі: зіниці однакові, ністагму немає, права очна щілина більша за ліву, порушення чутливості на обличчі й тілі відсутні, м'язовий тонус і сила збережені; статика і координація не змінені, елементи алексії, акалькулії. Наступної доби стан свідомості хворого значно погіршився.

Поставлений діагноз: двобічний хронічний гнійний середній отит, стан після загальнопорожнинних санувальних операцій на обох вухах, підозра на об'ємний процес у головному мозку. Для уточнення діагнозу і характеру гнійно-деструктивного процесу в обох вухах, виключення гнійних отогенних внутрічерепних ускладнень хворому була зроблена КТ.

На серії КТ зрізів скроневи кісток (рис. 1) праворуч визначається постопераційний дефект (трикутник) соскоподібного паростка з чіткими контурами, збережена коміркова система склерозована. Трепанаційна, барабанна порожнини, штаківська щілина частково заповнені пристінковими м'якотканинними утворами нерівномірної товщини (тонкі стрілки). Слухові кісточкі частково збережені. Структури внутрішнього вуха інтактні. Деструкції кісткових стінок піраміди не виявлено. Ліворуч — постопераційний дефект (трикутник) соскоподібного паростка з не зовсім чіткими контурами, obtурований м'якотканинним утвором. Соскоподібний паросток склерозований. Слухові кісточкі відсутні. Структури внутрішнього вуха інтактні. Візуалізуються дефекти передньої і задньої граней піраміди (широкі стрілки), можливо, постопераційні.

При КТ головного мозку (рис. 2) в скроневої частці з лівого боку визначається округлий гіподенсивний утвір (трикутник), оточений слабо гіперденсивною облямівкою (тонкі стрілки), що накопичує контрастну речовину при внутрішньому контрастуванні — капсула. Навколишня мозкова тканина гіподенсивна через набряк і церебрит (покажчики). Масефект (жирні стрілки) у вигляді зміщення серединних структур до 2–3 мм і стиснутих підпаутинних просторів та цистерни латеральної ямки ліворуч.

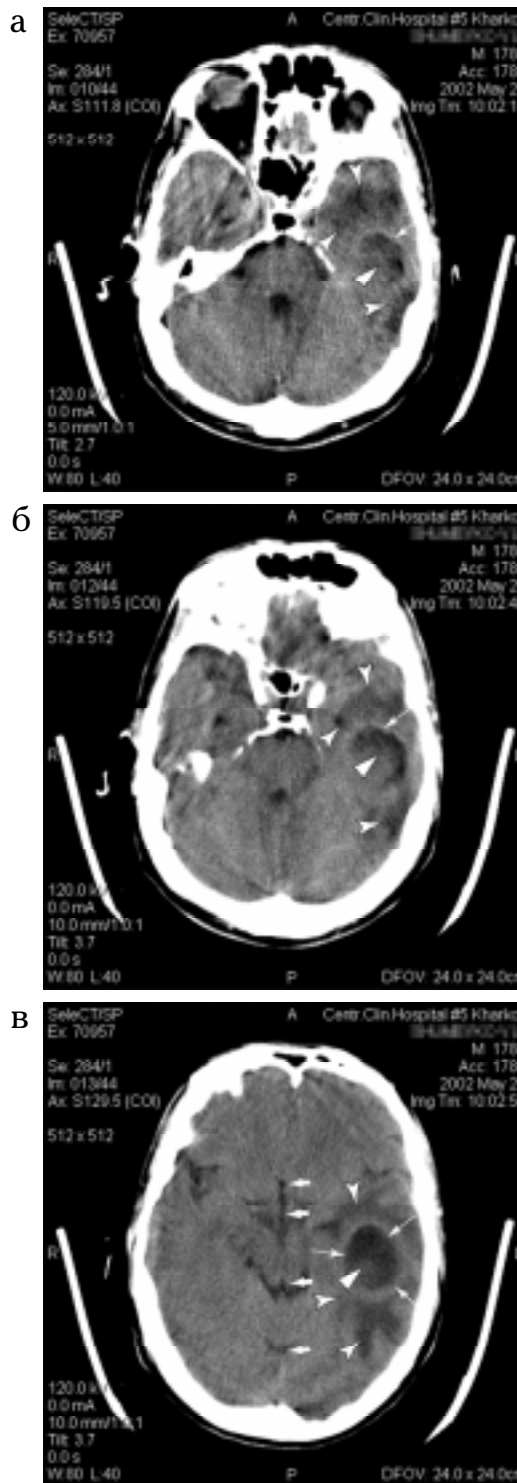


Рис. 1. Зрізи скроневих кісток хворого С. на КТ: а — чітко визначений дефект задньої грані пірамідки скроневої кістки на фоні післяопераційних порожнин соскоподібного паростка з обох боків; б, в — чітко визначений дефект передньої грані пірамідки скроневої кістки; в правій післяопераційній порожнині пристінкові м'якотканинні утвори, з лівого боку — післяопераційна порожнина обтурована м'якотканинним утвором

Patient S., CT images of the temporal bones: а — a distinct defect of posterior side of the pyramid of the temporal bone against a background of post-operative cavities of the mastoid process on the both sides; б, в — a distinct defect of the anterior side of the pyramid of the temporal bone; in the right post-operative cavity there are parietal soft-tissue formations; on the left there is a post-operative cavity obturated by a soft-tissue formation

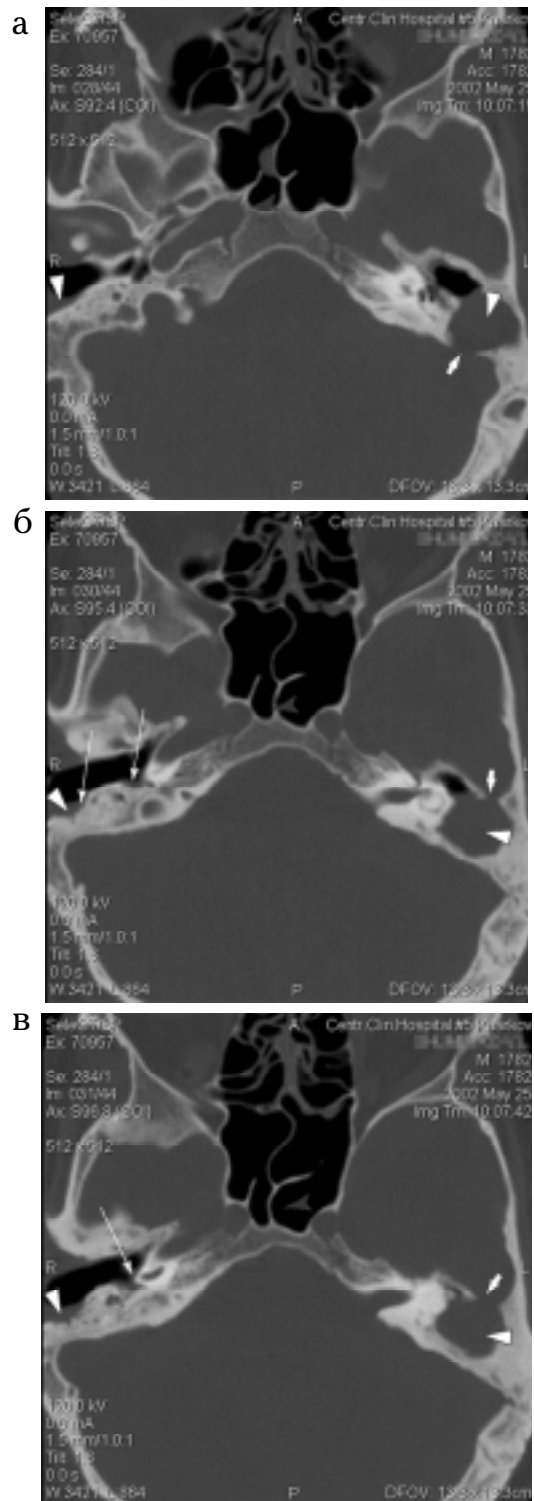


Рис. 2. Зрізи головного мозку хворого С. на КТ: а, б — у лівій скроневої частці мозку визначається гіподенсивний утвір округлої форми, оточений гіподенсивною облямівкою за рахунок накопичення контрастної речовини (капсула); набряк і церебрит навколишньої мозкової тканини; в — крім округлого утвору з чіткою капсулою, помітний помірно виражений масефект зі стиснутими підпаутинними просторами

Patient S., CT images of the brain: а, б — in the left temporal portion of the brain there is a hypodense round formation surrounded by a hypodense rim due to accumulation of the contrast substance (capsule); edema and cerebritis of the adjacent brain tissue; в — besides a round formation with a distinct capsule there is a moderate mass-effect with compressed subarachnoid spaces

Раніше виставлений діагноз підтверджений і доповнений констатацією абсцесу скроневої частки мозку з лівого боку.

В ургентному порядку хворому проведено: нейрохірургами — резекційну краніотомию лівої скроневої ділянки, видалення і дренування ложа абсцесу мозку, оториноларингологами — розширену сануючу загальнопорожнинну реоперацію на лівому вусі, в процесі якої виявлено: в трепанаційній порожнині соскоподібного паростка і частково в барабанній — рубцеву облітерацію з кістозно-абсцедувальним процесом в ній та продовженням карієсу кісткових стінок; значний дефект даху барабанної порожнини і антрума розміром 15 × 20 мм з ходом у середню черепну ямку, звідки видалені грануляції, холестератомні маси і густий гнійний секрет. При нейрохірургічному втручанні констатована наявність практично сформованого, інкапсульованого абсцесу з помірно вираженою зоною церебриту навколо; гнійний вміст видалено, поставлено дренажі, дефект у пірамідці скроневої кістки закрито гемостатичною губкою. Порожнину у вусі тампоновано, завушну рану ушито.

За два дні хворий прийшов до тями. У післяопераційному періоді проводили інтенсивну терапію і цілеспрямоване місцеве лікування, завдяки чому стан хворого поліпшився, порожнина абсцесу рубцювалася. У післяопераційних порожнинах обох вух вдалося припинити гноєтечу. Через 1 місяць хворого виписано зі стаціонару для амбулаторного нагляду в невропатолога і оториноларинголога за місцем проживання.

Отже, можна зробити такі висновки. Клінічний перебіг захворювання і проведення КТ дозволили констатувати наявність об'ємного утвору в скроневої частці головного мозку з лівого боку, його розташування відносно структур середнього вуха, стадію формування і наявність капсули, а також визначити «зацікавлене» у виникненні абсцесу скроневої частки мозку вухо для термінової повторної санації, об'єм деструктивних змін у пірамідці скроневої кістки. Не виключено, що дефект, який виник при первинній розширеній операції на лівому вусі в ділянці середньої черепної ямки, послужив преформованим шляхом для поширення патологічного процесу і

утворення отогенного гнійного об'ємного ускладнення.

Новим у клінічному плані було проведення невідкладного спільного оториноларингологами і нейрохірургами хірургічного втручання, дренування абсцесу головного мозку не шляхом пункції мозкової рідини крізь інфіковану трепанаційну порожнину соскоподібного паростка, а екстрацеребральним доступом. Обстеження такого рівня стало також підставою для відхилення необхідності реоперації на правому вусі, обмеження ендоназальним видаленням грануляцій з правої трепанаційної порожнини і подальшої консервативної санації цього вуха, яке чує краще.

Література

1. Березнюк В.В. и соавт. // Журн. вушн., носов. і горлов. хвороб. — 1999. — № 3 (додаток). — С. 264–267.
2. Воронкин В.Ф. Современные аспекты клиники, диагностики и лечения отогенных внутричерепных осложнений: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — 1995. — 36 с.
3. Гарждимирзаев Г.А. // Вестн. оториноларингол. — 1999. — № 3. — С. 22–25.
4. Гарюк Г.І., Почуєва Т.В., Шевченко О.М. // Журн. вушн., носов. і горлов. хвороб. — 1999. — № 3 (додаток). — С. 293–296.
5. Кардаш А.М. и соавт. КТ-семиотика формирования абсцессов головного мозга // Там же. — С. 342–344.
6. Бикбаева А.И. Электрофизиологические методы исследования в диагностике и лечении отогенных внутричерепных осложнений. — Уфа, 1986.
7. Буссель Л.Г., Ходжаев К.А., Мухамеджанов Н.З. // Вестн. оториноларингол. — 1988. — № 3. — С. 27–32.
8. Вознесенский Н.Л., Косачева О.Н. // Экстренная помощь и интенсивная терапия в отоларингологии: Труды 2-го мед. института. — Т. СЛІ, вып. 4. — Серия-ЛОР. — М., 1980. — С. 201–204.
9. Благовещенская Н.С. и др. // Вопр. нейрохирург. — 1989. — № 1. — С. 25–27.
10. Шустер М.А. и др. // Вестн. оториноларингол. — 1991. — № 6. — С. 41–44.

Надходження до редакції 26.02.2004.

Прийнято 01.06.2004.

Адреса для листування:

Почуєва Тетяна Віталіївна,
Харківська міська клінічна лікарня № 30,
вул. Гуданова, 5/7, Харків, 61024, Україна