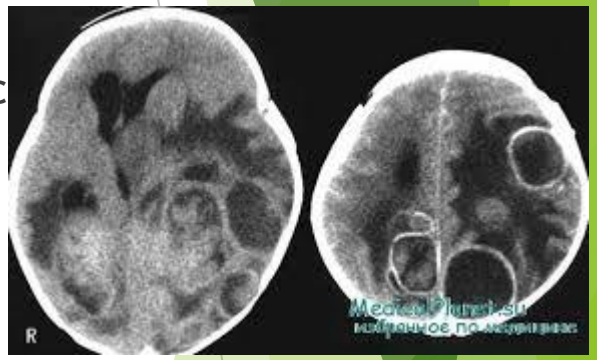
Абсцесс височной доли головного мозга

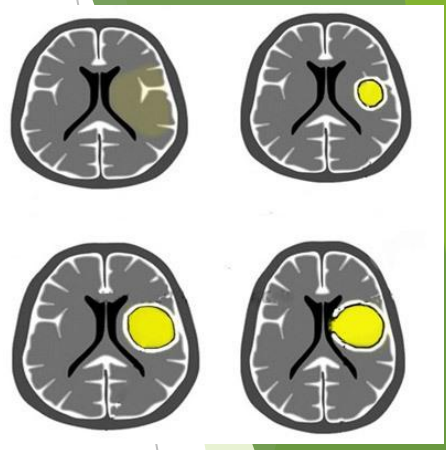
Внутримозговой абсцесс чаще развивается при хроническом гнойном среднем отите, при этом инфекция в вещество мозга проникает контактным путем. Возникает он обычно в непосредственной близости от очага инфекции и располагается довольно поверхностно - на глубине 2-4 см. В височной доле абсцесс наиболее часто локализуется вблизи от крыши барабанной полости и сосцевидной пещеры.

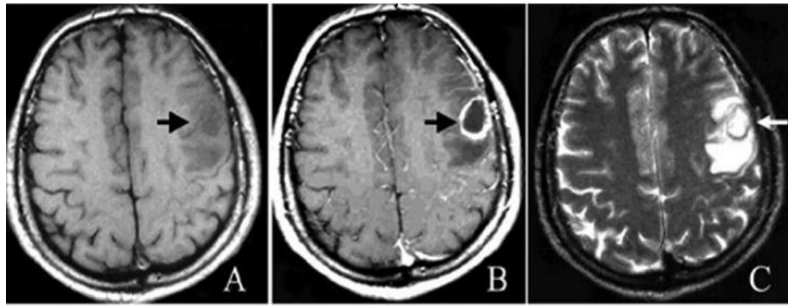
При остром среднем отите возможно гематогенное или лимфогенное распространение инфекции; при этом абсцесс может формироваться в отдаленных от первичного очага участках мозга. Сравнительно редко возникают множественные отогенные абсцессы мозга. Имеют обычно округлую форму, в то время как в мозжечке - щелевидную. Наиболее благоприятно протекают гладкостенные абсцессы с хорошо выраженной капсулой, которая образуется на 4-й нед., однако нередко капсула отсутствует, и абсцесс бывает окружен воспаленным и размягченным веществом мозга.

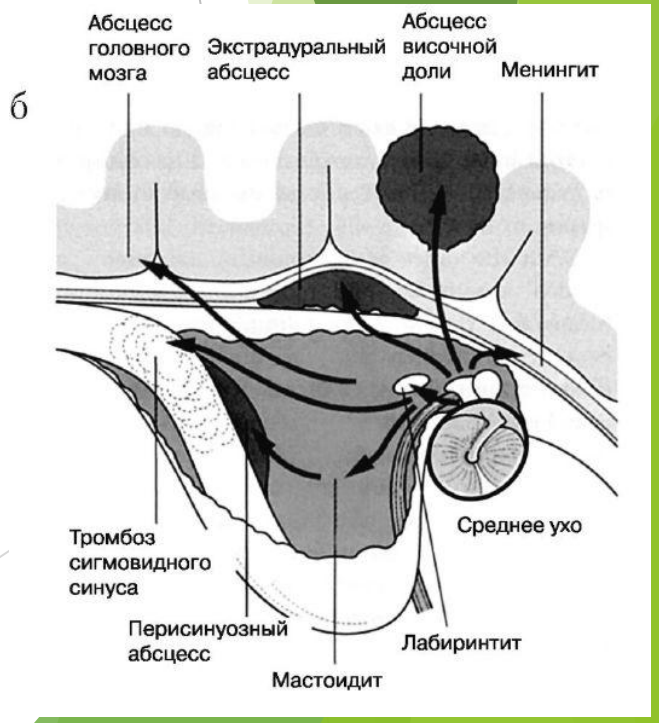


При контактном пути распространения инфекции на поверхности мозга образуется ограниченный участок энцефалита (например, при субдуральном абсцессе), что проявляется отеком мозговой ткани и воспалительными изменениями в сосудах, до образования тромбов включительно. По сосудам и лимфатическим путям энцефалит распространяется и на белое вещество. Такой локальный энцефалит сопровождается гипертензионными симптомами, а иногда наблюдаются даже гнездные признаки, и поэтому ограниченный энцефалит легко смешать с абсцессом (ложный абсцесс).

При невирулентной инфекции и своевременной ликвидации очагов в ухе может наступить обратное развитие процесса. При дальнейшем прогрессировании болезни локальный энцефалит переходит в гнойную стадию, причем распад мозгового вещества начинается обычно с белого вещества, в котором и образуется скопление гноя (абсцесс), хотя иногда захватывается и серое вещество. Таким образом, возникают абсцесс с ножкой (более поверхностные) или без ножки. При инфицировании мозга из среднего уха по сосудистым путям абсцесс, как правило, формируется в белом веществе, и такие абсцессы могут располагаться на относительно большой глубине (3—4 см от поверхности мозга). Величина абсцессов сильно варьирует — от размеров боба и лесного ореха до яблока включительно. Чаще образуется одиночный абсцесс, но иногда наблюдается несколько нарывов, которые в дальнейшем могут сливаться. В височной доле нарывы чаще бывают округлой формы.







Клиническая картина отогенного внутримозгового абсцесса в значительной мере определяется его локализацией, величиной, реакцией окружающих тканей и стадией процесса. Течение абсцесса мозга делится на четыре стадии: начальную, латентную, явную и терминальную.

- **Начальная стадия** длится обычно 1-2 нед и сопровождается легкой головной болью, вялостью, повышением температуры до 37,2- 37,5 °С, тошнотой и рвотой, запорами и др. Это так называемая энцефалитическая стадия абсцесса. Иногда это совпадает с послеоперационным периодом после произведенной по поводу отита операции. Больной более вялый, чем обычно, несмотря на достаточный срок, прошедший со дня операции, продолжает лежать в постели. Часто эта группа симптомов приписывается либо отиту, либо послеоперационному состоянию. На самом же деле это есть проявление реакции оболочек мозга на внедрившуюся инфекцию. При достаточной барьеризации процесс не распространяется по оболочкам, а наступает латентный период болезни, в течение которого инфекция медленно проникает в вещество мозга.

- **Латентная стадия** болезни (от 2до 6 нед) бедна симптомами. Состояние больного несколько улучшается. Может отмечаться вялость, бледность больного, отсутствие аппетита, периодически головная боль. В этот период температура обычно нормальная, формула крови также без отклонений от нормы. Бледность больного, отсутствие аппетита, головные боли, отсутствие бодрости и т. д. обычно приписывают отиту. Нередко в латентной стадии отсутствуют даже и эти признаки.

- Продолжительность **явной стадии** около 2 нед, налицо картина тяжелого заболевания с тенденцией к быстрому и неуклонному ухудшению состояния больного, хотя в редких случаях может наблюдаться волнообразное течение болезни с периодами улучшения и ухудшения. Явные симптомы абсцесса мозга могут развиваться постепенно, но иногда они проявляются внезапно, как будто среди полного здоровья. В этой явной стадии налицо картина тяжелого заболевания, причем с неуклонным ухудшением динамики болезни. Больной жалуется на головную боль, общую разбитость, отсутствие аппетита, запоры, он бледен, кожа лица иногда имеет землистый цвет, падает вес.
  Симптомы при явной стадии болезни могут быть разделены на 4 группы:

- симптомы тяжелого инфекционного (нагноительного) процесса,
- общие мозговые симптомы,
- симптомы, зависящие от нарушения деятельности проводниковых систем и подкорковых ядер и вызванные отдаленным действием на них абсцесса,
- гнездные симптомы.

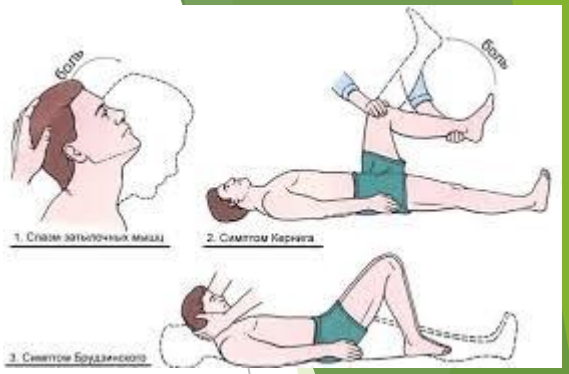
- **Первая группа** - симптомы тяжелого инфекционного (нагноительного) процесса. Характерна слабость, разбитость, отсутствие аппетита, больной вял, сонлив, кожные покровы бледны, иногда с землистым или желтушным оттенком, выражение лица страдальческое. Язык обычно обложен, появляется неприятный запах изо рта, задержка стула, изменения в крови, характерные для воспаления. Повышение температуры тела зависит от сопутствующего гнойного отита и наличия других внутричерепных осложнений. Считается, что для неосложненных абсцессов мозга характерна нормальная или субфебрильная температура. Из изменений крови наибольшее значение имеет ускоренная СОЭ.

- **Вторая группа -** общие мозговые симптомы - развиваются вследствие повышения внутричерепного давления из-за отёка мозга, дислокации структур мозга, распространения воспалительного процесса или токсического воздействия абсцесса на продолговатый мозг.

  Головная боль при абсцессе является обычным и очень важным симптомом (постоянной или приступообразной, иногда носит нестерпимый характер), соответствует месту локализации абсцесса и усиливается при постукивании пальцем по покровам черепа над местом расположения абсцесса (нарыва).

  Обычно рвота (наступающая внезапно, очень бурно и не связанная с приемом пищи) сопровождает диффузную головную боль и является признаком внутричерепной гипертензии. При сильной гипертензии развивается коматозное состояние.
  Положение головы - резко откинутая кзади при отсутствии ригидности - признак начинающегося отека мозга. Наличие этого симптома является противопоказанием для люмбальной пункции из-за опасности ущемления миндалин мозжечка в большом затылочном отверстии.

  Характерным для абсцесса является брадикардия - иногда до 45 ударов в мин, пульс ритмичный и напряженный (влиянием повышенного внутричерепного давления на продолговатый мозг), изменения глазного дна.
  Ригидность затылочных мышц и симптом Кернига являются ранними симптомами абсцесса большого мозга и особенно мозжечка. Типичны изменения психики: недостаточная концентрация внимания, депрессивное настроение, слезливость, вялость мышления.



При отогенном абсцессе мозга почти всегда наблюдаются менингеальные симптомы (ригидность мышц затылка, Брудзинского, Кернига). Они бывают наиболее часто в ранней стадии абсцесса, до образования капсулы и становятся менее выраженными или исчезают при инкапсуляции абсцесса. Наличие менингеального синдрома является показанием к люмбальной пункции, которая обязательно выполняется при подозрении на внутричерепное осложнение. По данным люмбальной пункции могут быть диагностированы менингит и отогенная гидроцефалия, но не всегда могут быть исключены другие внутричерепные осложнения, в том числе и абсцесс. В спинномозговой жидкости обычно обнаруживаются небольшой плеоцитоз и некоторое повышение содержания белка. Ликвор вытекает при пункции под повышенным давлением: 300-350 мм вод.ст. (норма - от 70 до 200 мм вод. ст.). Иногда ликворное давление при абсцессах может быть нормальным или даже пониженным.

При выполнении люмбальной пункции следует ограничиться забором 2-3 мл цереброспинальной жидкости, учитывая опасность прорыва абсцесса в ликворное пространство, а также тот факт, что у больного с абсцессом мозжечка резкое снижение давления может привести к смещению продолговатого мозга и остановке дыхания.

При неосложненных абсцессах жидкость бывает прозрачной, иногда опалесцирующей, при осложненных - мутной, а при прорыве гноя в субарахноидальное пространство - гнойной.

- *В третью группу* входят симптомы, зависящие от нарушения деятельности проводниковых систем и подкорковых ядер и вызванные отдаленным действием на них абсцесса: наблюдаются пирамидные симптомы (симптом Бабинского, Оппенгейма), контрлатеральные гемипарезы и параличи, судороги, анестезии от давления на внутреннюю капсулу. Иногда наблюдаются поражения черепномозговых нервов — неврит зрительного нерва, паралич n. oculomotorius (расширение зрачка и птоз век), а также одноименного n. hypoglossus, невралгии тройничного нерва (давление на gangl. Gasseri). Отводящий нерв относительно редко вовлекается в процесс — иногда он поражается при абсцессе мозжечка.

- *Четвертая группа* — гнездные симптомы — являются наиболее ценными для локализации процесса. Своим происхождением они обязаны разрушению и дислокации вещества мозга гнойным процессом, развитию перифокального отека и негнойного энцефалита и сдавлению проводящих нервных путей.

  При абсцессе височной доли мозга основными **локальными симптомами** являются ***афазия и гемианопсия***.

- Самый яркий симптом - афазия при поражении левой височной доли у правшей. Наиболее характерна амнестическая афазия, при которой больной не может правильно назвать показываемый ему предмет, назначение которого он знает; несколько реже наблюдается сенсорная, еще реже - моторная. Сенсорная проявляется тем, что больной владеет произвольной речью и свободно называет предметы, о которых говорит, но если ему показать какой-либо из этих предметов и спросить, как он называется, больной не может ответить, он описывает этот предмет. При поражении центра Вернике часто страдает связанная с ним функция чтения и письма: развивается алексия и аграфия - больной «разучивается» читать и писать. Наблюдается также парафазия — искажение слов, неправильный выбор слов (т. е. вместо нужного слова употребляется другое).
  У левшей эти явления наблюдаются при правосторонних абсцессах височной доли.

- ***Гемианопсия*** - второй и очень важный симптом абсцесса височной доли мозга. При правосторонней локализации абсцесса это может быть единственный очаговый симптом. Гемианопсия, чаще гомонимная, с выпадением обеих одноименных полей зрения с двух сторон, объясняется вовлечением в процесс зрительного пути, проходящего через височную долю в затылочную.

- Среди гнездных симптомов, выявляемых при правосторонней локализации абсцесса височной доли мозга у правшей, - ***височная атаксия***, проявляющаяся падением больного влево. Причиной ее является поражение пути, связывающего височную долю с противоположным полушарием мозжечка. Может возникнуть также головокружение, обусловленное нарушением коркового вестибулярного анализатора.
- Одним из очаговых знаков при поражении височной доли мозга является ***эпилептиформный синдром***. Пирамидные симптомы при абсцессе височной доли проявляются в виде небольшого повышения мышечного тонуса в контралатеральных конечностях, очень легкой слабости или неловкости в них. Двигательные нарушения при абсцессе височной доли всегда бывают на противоположной стороне.

Лечение хирургическое. Оно включает расширенную радикальную операцию уха, поиски и вскрытие абсцесса. Подход к гнойнику производят не через ухо, а снаружи через кости черепа, удаляя при этом абсцесс целиком. Хирургическое лечение состоит из вмешательства на височной кости для удаления причинного очага, а затем уже на самом мозгу. Применяют как мастоидотомию (при острых отитах), так и радикальную операцию (при хронических отитах) и лабиринтотомию (при лабиринтогенных абсцессах мозжечка), после которых обнажаются черепные ямки. Затем производят пробную пункцию иглой. Чтобы избежать попадания иглы в желудочки, ее вводят обычно на глубину не более 4 см. Если пользоваться достаточно толстой иглой, то чаще не возникает необходимости в насасывании гноя шприцем, а он, благодаря давлению в абсцессе, свободно выливается из отверстия иглы. 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). В зависимости от данных обследования и операционных находок выполняется пункция височной доли мозга, сигмовидного синуса и мозжечка через траутманновский треугольник и в редких случаях через сигмовидный синус, когда он запустел.

Оперативное вмешательство на самом мозгу может быть произведено по одному из трех способов:

- 1 удаление абсцесса вместе с капсулой;
- 2) лечение пункциями;
- 3) вскрытие абсцесса (разрез).

В отношении операционного подхода к абсцессу существует два взгляда: одни рекомендуют подход через трепанационное отверстие в сосцевидном отростке, сделанное для элиминации гнойного очага в ухе; другие — через новое трепанационное отверстие в черепе в области здоровых тканей.

Санация абсцесса посредством пункций и промывания полости в настоящее время не применяется из-за недостаточной эффективности. Наряду с хирургическим лечением проводится активная антибактериальная, дегидратационная, дезинтоксикационная терапия, как при гнойном менингите.

Применение только одних антибиотиков показывает, что обратного развития абсцесса при этом не происходит, а наблюдается лишь задержка темпов его развития. Часто это имеет ту отрицательную сторону, что маскирует и те не ярко выраженные симптомы абсцесса, которые имелись налицо, и вводит врача в заблуждение.
Положительную роль играют антибиотики, примененные в процессе операции и в послеоперационном периоде. Благодаря их действию сильно уменьшилось число послеоперационных менингитов и энцефалитов.

Хорошие результаты наблюдались при даче пенициллина (600 000 ЕД) и стрептомицина (500 000 ЕД) в сутки. Рекомендуется внутривенное вливание глюкозы с витаминами, а также малых доз одногруппной крови (например, 50—70 мл).