УДК 616.284-002.3:616.831.9-002.3:611.817.1
DOI: 10.36979/1694-500X-2026-26-5-51-55

ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ХОЛЕСТЕАТОМНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА. ОТОГЕННЫЙ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТ. АБСЦЕСС ЛЕВОЙ ГЕМИСФЕРЫ МОЗЖЕЧКА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

М.В. Насыров, К.К. Бакиева, Б.Н. Жумабаева

Аннотация. В структуре заболеваний ЛОР-органов значительные инвалидизирующие внутричерепные осложнения связаны с хроническими гнойными средними отитами, что составляет от 1–5 %. Они возникают как при острых течениях, так и при обострении хронического гнойного среднего отита. Осложнение наблюдается в основном при хроническом гнойном среднем отите, чем при остром гнойном среднем отите. Из осложнений наиболее часто встречаются молниеносные менингиты, множественные абсцессы головного мозга и мозжечка. Особенности клинической картины воспалительных внутричерепных осложнений характеризуются высокой тяжестью состояния больных, преобладанием в клинической картине заболевания синдрома гнойно-воспалительного поражения центральной нервной системы, что обусловливает трудности дифференциальной диагностики, выбора тактики и лечения на всех этапах оказания медицинской помощи. Цель нашего исследования – показать исключительный клинический случай, когда при наличии интактной барабанной перепонки наблюдались формирование холестеатомы и осложнение менингоэнцефалита с абсцессом мозжечка без клинических проявлений симптомов со стороны уха. В данной работе представлен случай из практики тяжелого отогенного менингоэнцефалита с абсцессом левой гемисферы мозжечка с нетипичным клиническим проявлением и течением у 16-летней девочки. Таким образом, хронический гнойно-холестеатомный средний отит в практике может протекать без реактивных изменений со стороны уха и обнаружиться случайно уже в разгаре менингоэнцефалита.

Ключевые слова: внутричерепные осложнения; хронический гнойный средний отит; менингит; абсцесс; холестеатома.

ӨНӨКӨТ ИРИҢДҮҮ ХОЛЕСТЕАТОМА ОТИТИНИН КҮЧӨШҮҮ. ОТОГЕНДИК МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТ. КАРАКУШ МЭЭНИН СОЛ ЖАРЫМ ШАРЫНЫН АБСЦЕССИ (КЛИНИКАЛЫК УЧУР)

М.В. Насыров, К.К. Бакиева, Б.Н. Жумабаева

Аннотация. ЛОР-органдарынын ооруларынын түзүмүндө майыптуулукка алып келүүчү олуттуу ички баш сөөк кабылдоолору өнөкөт ириңдүү ортоңку отиттерге байланыштуу болуп, 1–5% түзөт. Алар оорунун курч өтүшүндө да, өнөкөт ириңдүү ортоңку отиттин күчөшүндө да пайда болот. Кабылдоолор курч ириңдүү ортоңку отитке караганда, негизинен өнөкөт ириңдүү ортоңку отитте көбүрөөк байкалат. Кабылдоолордун ичинен эң көп кездешкендери: чагылган сыяктуу тез өтүүчү менингиттер, мээнин жана мээченин көптөгөн абсцесстери. Сезгенүүдөн келип чыккан ички баш сөөк кабылдоолорунун клиникалык белгилери бейтаптардын абалынын өтө оордугу, борбордук нерв системасынын ириңдүү-сезгенүү жабыркашынын басымдуулук кылышы менен мүнөздөлөт. Бул болсо медициналык жардам көрсөтүүнүн бардык этаптарында дифференциалдык диагноз коюуда, дарылоо тактикасын тандоодо кыйынчылыктарды жаратат. Биздин изилдөөнүн максаты – кулак тарсылдагы бүтүн болгон шартта, кулак тараптан эч кандай клиникалык белгилер байкалбастан, холестеатоманын калыптанышын жана мээченин абсцесси менен коштолгон менингоэнцефалит кабылдоосун камтыган өзгөчө клиникалык учурду көрсөтүү. Бул иш 16 жаштагы кыздын мисалында, типтүү эмес клиникалык белгилер менен өткөн сол мээче гемисферасынын абсцесси жана оор отогендик менингоэнцефалит окуясын сунуштайт. Ошентип, өнөкөт ириңдүү-холестеатомалык ортоңку отит практикада кулак тараптан реактивдүү өзгөрүүлөрсүз өтүп, менингоэнцефалит күчөп турган учурда кокусунан аныкталышы мүмкүн.

Түйүндүү сөздөр: ички баш сөөк татаалдашуулары; өнөкөт ириңдүү ортоңку отит; менингит; абсцесс; холестеатома.

EXACERBATION OF CHRONIC PURULENT CHOLESTEATOMIC OTITIS MEDIA. OTOGENIC MENINGOENCEPHALITIS. ABSCESS OF THE LEFT HEMISPHERE OF THE CEREBELLUM (CLINICAL CASE)

M.V. Nasyrov, K.K. Bakieva, B.N. Zhumabayeva

Abstract. In the structure of diseases of the ENT organs, significant disabling intracranial complications are associated with chronic purulent otitis media, which ranges from 1–5 %. They occur both with acute episodes and with exacerbations of chronic purulent otitis media. Basically, the complication is observed much more often in chronic purulent otitis media than in comparison with acute purulent otitis media. Among the complications, the most common are fulminant meningitis, multiple abscesses of the brain and cerebellum. Features of the clinical picture of inflammatory intracranial complications), characterized by the high severity of the patient's condition, the predominance of the syndrome of purulent-inflammatory lesions of the central nervous system in the clinical picture of the disease, cause difficulties in differential diagnosis, choice of tactics and treatment at all stages of medical care. The purpose of our study was to use the example of an observation to show an exceptional clinical case. In the presence of an intact eardrum, the formation of cholesteatoma and the complication of meningoencephalitis with cerebellar abscess without clinical manifestations of ear symptoms. This paper presents a case from the practice of severe otogenic meningoencephalitis with an abscess of the left hemisphere of the cerebellum with an atypical clinical manifestation and course in a 16-year-old girl. Thus, chronic purulent-cholesthetic syndrome in practice can occur without reactive changes on the part of the ear, and may be detected accidentally already in the midst of meningoencephalitis.

Keywords: intracranial complications; chronic purulent otitis media; meningitis; abscess; cholesteatoma.

Актуальность. Внутричерепные осложнения, возникающие вследствие гнойного воспаления среднего уха опасны для жизни. Среди разнообразия внутричерепных осложнений наиболее тяжелыми и частыми являются синус-тромбоз, диффузный гнойный менингит и абсцесс головного мозга [1].

Структура отогенных внутричерепных осложнений (ВЧО) характеризуется известной вариабельностью, однако при оценке этих показателей необходимо учитывать высокую частоту комбинированных форм внутричерепных осложнений. Считается, что в среднем на одного такого больного приходится 1,3 различных интракраниальных процессов [2].

Проблема отогенных внутричерепных осложнений (ОВО) не только не теряет своей актуальности последние несколько десятилетий, но и остается одной из самых сложных в ЛОР-практике. Значительные успехи в области клинической медицины и медицинской технологии, в частности внедрение в практическое здравоохранение новых антибиотиков, а также УЗИ, КТ, МРТ и др. за последние несколько десятилетий позволило значительно улучшить диагностику отогенных внутричерепных осложнений, однако на частоту встречаемости и уровень летальности это существенно не влияет. Несмотря на прогресс в создании новых антибактериальных препаратов и развитие новых способов диагностики, летальность при данном заболевании остается высокой и занимает одно из первых мест, а по данным некоторых авторов, I место по летальности в ЛОР-патологии составляет от 25 до 30 % [3, 4].

Наряду с достижениями все чаще стали появляться сведения, указывающие на ряд особенностей течения отогенных гнойно-септических осложнений, несвойственных доантибиотиковому периоду: стертость, атипичность, малосимптомность клинических проявлений и связанные с этим трудности в диагностике и дифференциальной диагностике различных вариантов отогенных осложнений и, соответственно, несвоевременное оказание больным специализированной врачебной помощи [2].

Появление антибиотиков существенно повлияло на результат лечения и выживаемость больных с рино- и отогенными внутричерепными осложнениями. До появления антибиотиков летальность была 80–100 % [5].

Цель данной работы – на примере неклассического клинического случая показать значимость ранней диагностики при отогенных внутричерепных осложнениях.

Материалы и методы исследования. Приводим пример клинического наблюдения.

Пациентка А., 16 лет, история болезни № 5455, клинический случай которой описан в данной статье, поступила в отделение оториноларингологии, хирургии головы и шеи Национального госпиталя Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (НГ МЗ КР) 10.02.2023 года с жалобами на общую слабость, головную боль, головокружение.

Из анамнеза: болеет в течение 5 дней, острое начало с повышения температуры тела до 38,5 °С и катаральных явлений. Дома принимала Амоксиклав, Пенталгин, улучшения не было. Обратились в ГДКБ СМП № 3, откуда была направлена в Республиканскую клиническую больницу с подозрением на менингит, где получала стационарное лечение.

Дополнение: за одну неделю до заболевания жаловалась на тупую боль в заушной области слева, назначили компресс с борным спиртом. В 2020 году находилась месяц в ГДКБ СМП с диагнозом «Отит», с того времени лечения не получала.

Далее, по линии санавиации была осмотрена ЛОР-врачом, было рекомендовано КТ височных костей. После получения результатов выявлены данные за мастоидит и абсцесс левой гемисферы мозжечка. МРТ головного мозга для исключения отогенного менингоэнцефалита. После получения заключения переведена в отделение оториноларингологии, хирургии головы и шеи НГ МЗ КР в экстренном порядке, где совместно с нейрохирургами по жизненным показаниям была произведена операция: «Мастоидотомия слева. Дренирование абсцесса левой гемисферы мозжечка».

Объективно: общее состояние больной тяжелое, положение вынужденное, AS-ушная раковина обычной формы, пальпация сосцевидного отростка безболезненна, при отоскопии отмечается нависание задней стенки перепончато-хрящевого отдела. МРТ головного мозга от 09.02.2023 г. (рисунок 1).

Заключение: МРТ-данные за отогенный менингоэнцефалит с поражением левой гемисферы мозжечка с формированием абсцессов, признаки левостороннего отомастоидита.

Под общим интубационным наркозом произведен разрез по заушной складке, отступив 0,5 см от кости. Обнажен *pl. mastoidum* и задняя полуокружность наружного слухового прохода. Выделен треугольник Шипо. С помощью электробора снят кортикальный слой в области площади сосцевидного отростка. Снята задняя стенка слухового прохода вскрыт *attic antrum* и все клетки сосцевидного отростка в проекции эпитимпанума в ослабленной части сосцевидного

Рисунок 1 – МРТ головного мозга,
абсцесс левой гемисферы мозжечка

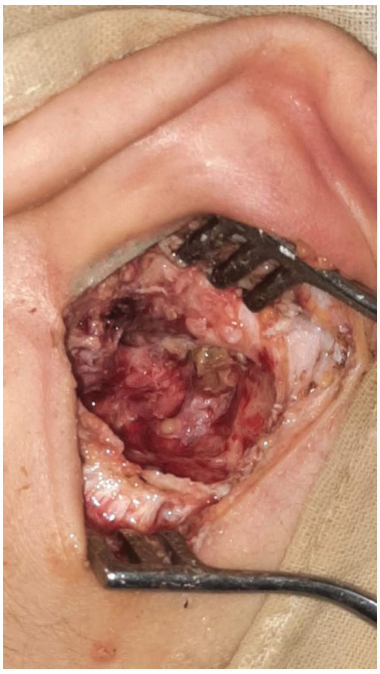

Рисунок 2 – Клетки сосцевидного отростка в проекции

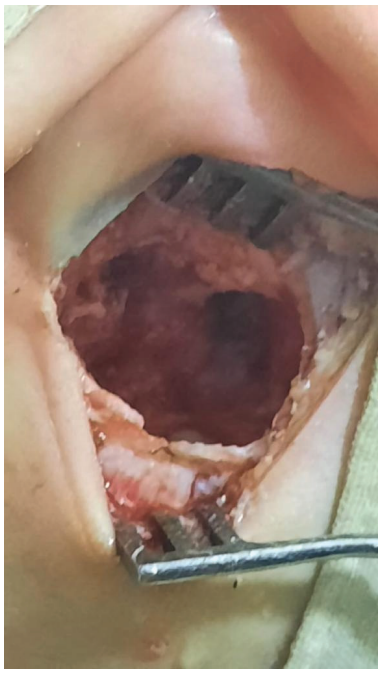

Рисунок 3 – Мастоидальная полость после удаления холестеотомных масс

Рисунок 4 – Холестеотомные массы

Рисунок 5 – МРТ головного мозга после удаления абсцесса левой гемисферы мозжечка

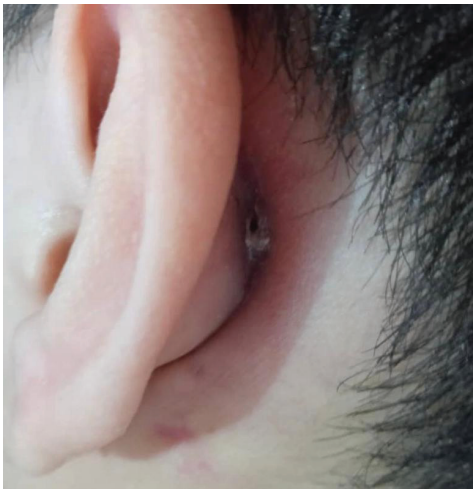

Рисунок 6 – Заушной шов через два месяца после операции

отростка имели место множественные холестеотомные образования с неприятным запахом, идущие к направлению к *addis antrum*, распространялись вниз по направлению к верхушке сосцевидного отростка и заполняли все клетки (см. рисунок 1). Все клетки сосцевидного отростка по направлению к верхушке были заполнены множественными холестеатомными массами. Все патологическое удалено (рисунки 2–4).

После больная переведена в отделение реанимации, где ежедневно проводились перевязки, клинические анализы, исследование спинномозговой жидкости. Получала инфузионную, симптоматическую, антибактериальную терапию. Больная переведена в отделение оториноларингологии, хирургии головы и шеи. По результатам обследований наблюдалась положительная динамика.

16.03.2023 г. была повторно сделана МРТ головного мозга (рисунок 5).

Заключение. МРТ-картина состояние после мастоидэктомии слева, менингоцеребеллит и вентрикулита на фоне изменений в височной кости слева. Менингоэнцефалит левой гемисферы мозжечка с гнойным содержимым в задних рогах боковых желудочков, межножковой цистерне и субэпендимально в правом боковом желудочке на уровне валика мозолистого тела.

За период госпитализации отмечалась положительная динамика. Головокружения нет, аппетит улучшился, движение в конечностях одинаково. Менингеальные знаки регрессировали, физиологические отправления регулярные. При выписке послеоперационная рана чистая, активная грануляция, рана сузилась (рисунок 6).

Вывод. Данный клинический случай показывает, что причины возникновения отогенных внутричерепных осложнений могут быть совершенно разными. Независимо от причин возникновения осложнений необходимо своевременно диагностировать и определить основной источник заболевания для дальнейшей тактики лечения пациента. Несмотря на успехи развития фармации до сих пор можно встретить настолько распространенные и запущенные случаи вторичного менингита и менингоэнцефалита.

Поступила: 16.02.2026;
рецензирована: 02.03.2026; принята: 04.03.2026.

Литература

1. *Фейгин Г.А.* Этиопатогенетические механизмы заболеваний преддверноулиткового органа к выбору и обоснованию их лечения: учебное пособие / Г.А. Фейгин. Бишкек, 2017. 201 с.
2. *Косяков С.Я.* Отогенные внутричерепные осложнения: актуальные вопросы диагностики и лечения / С.Я. Косяков, Е.В. Носуля, Б. Перич// Вестник оториноларингологии. 2014. № 1. С. 64–69.
3. *Гаджимирзаев Г.А.* О нерешенных вопросах проблемы гнойносептических осложнений ушного происхождения / Г.А. Гаджимирзаев // Вестник оториноларингологии. 2000. № 6. С. 47–50.
4. *Чумаков Ф.И.* Динамика летальности ЛОР-больных в конце двадцатого века (по материалам ЛОР-стационара) / Ф.И. Чумаков, В.Н. Селин, Г.А. Голубовский // Новости оториноларингологии и логопатологии. 2002. № 4. С. 48–50.
5. *Серебряков С.Н.* Внутричерепные отогенные осложнения. По материалам клиник и анализ ошибок в их диагностике / С.Н. Серебряков, В.М. Акимов // Патогенез, клиника и лечение негнойных и гнойных заболеваний уха: сборник научных трудов. Казань, 1974. Вып. 45. С. 162–174.