

Ырысов К.Б., Арстанбеков Н.А., Мамашарипов К.М.

АБСЦЕССЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

К.В. Yrysov, N.A. Arstanbekov, K.M. Mamasharipov

BRAIN ABSCESSSES: DIAGNOSIS AND MANAGEMENT

Проведено лечение 53 больных с отогенными абсцессами головного мозга, из них 6 (11,3%) - с абсцессом мозжечка. Клиника абсцессов часто была стертой, многие характерные симптомы отсутствовали. Доминирующим симптомом была головная боль; другие гипертензионные симптомы проявлялись тошнотой (4 больных), рвотой (7 больных), брадикардией (9 больных). Изменения на глазном дне отсутствовали у 5 больных; расстройства координации движений наблюдались у 14 больных, скандированная речь - у 2 больных. Крупноразмашистый горизонтально-ротаторный нистагм носил стволовой характер, у 15 больных был направлен в сторону абсцесса, у 3 - в обе стороны. Больным проводилось хирургическое лечение со вскрытием абсцесса мозга на фоне медикаментозной терапии.

Ключевые слова: *Отогенные внутричерепные осложнения, абсцесс головного мозга, клиника, диагностика, лечение.*

The authors have treated 53 patients with brain abscesses, 6 (11,3%) of those with cerebellar abscesses. Clinical features of brain abscesses was unclear and typical symptoms were absent in most cases. As a dominating symptom was headache, other symptoms of intracranial hypertension manifested with nausea (4 cases), vomiting (7 cases), bradycardia (9 cases). Changes on optic fundus were absent in 5 patients, coordination disorders were investigated in 14 cases, scandering speech - in 2 cases. Horizontal rotating nistagmus has had brain stem origin, in 15 patients was directed to the focus, in 3 cases - bilateral. All series underwent surgical excision and abscess evacuation combining with medication therapy.

Key words: *otogenic intracranial complications, brain abscess, clinical feature, diagnosis, management.*

Введение.

Абсцессы головного мозга относятся к наиболее тяжелым отогенным внутричерепным осложнениям. С широким применением антибактериальных средств улучшился прогноз и исход абсцессов. За последние 40-50 лет летальность от абсцессов мозга снизилась с 80-100 до 24-32%. Однако это совпало с нарушением ясности и четкости в клинической картине заболеваний и привело к трудностям их диагностики [1-13].

Сложность диагностики и лечения отогенных абсцессов головного мозга обуславливает актуальность этой проблемы и в настоящее время. Тяжесть клинического течения абсцесса мозжечка объясняется непосредственным влиянием патологического процесса на стволовые образования. Сдавливание ликворных путей

между желудочками и субарахноидальным пространством создает условия для нарушения ликвороциркуляции, что ведет к отеку ствола. Отогенные абсцессы головного мозга, как и другие интракраниальные отогенные осложнения, чаще возникают у больных хроническим гнойным средним отитом. Известно, что возможны и множественные абсцессы мозжечка, но они встречаются редко и диагностика их крайне сложна. Описано наблюдение двухстороннего отогенного абсцесса мозжечка [1-21].

Материал и методы.

Находились на лечении 53 больных с отогенными внутричерепными осложнениями с формированием абсцесса головного мозга. Среди больных с отогенными абсцессами головного мозга у 6 (11,3%) констатирован абсцесс мозжечка. Как правило, абсцесс развивался на фоне хронического гнойного среднего отита, который протекал с кариезом, грануляциями, холестеатомой. У 4 больных абсцесс головного мозга возник на фоне тромбоза сигмовидного синуса. У части больных обострению хронического гнойного среднего отита предшествовала гриппозная вирусная инфекция. Грипп с выраженными явлениями общей интоксикации обуславливает резкое снижение иммунитета и резистентности организма к действию микробной инфекции. В результате инфекция среднего отита, проникая в полость черепа, приводит к развитию абсцесса головного мозга.

Среди наших больных было: мужчин - 28, женщин - 25, возраст больных колебался от 16 до 60 лет. У 26 больных абсцесс располагался справа, у 27 - слева.

Результаты.

Проявления абсцесса у части наблюдаемых нами больных были атипичны, смазаны, со скудной симптоматикой на ранних стадиях заболевания. Среди внутричерепных гипертензионных симптомов головная боль была доминирующей и наблюдалась у всех больных. Она была резко выраженной, периодически становилась нестерпимой и вынуждала больных прибегать к анальгетикам; обычно она локализовалась в затылочной области. Усиление головной боли во второй половине дня и ночью была патогномичной для абсцесса мозжечка. Другие внутричерепные гипертензионные

симптомы проявлялись тошнотой (4 больных), рвотой (7 случаев), брадикардией (9 больных).

По мере нарастания гипертензионно-гидроцефального синдрома у больных возникали застойные явления на глазном дне. Однако у 5 больных глазное дно было без изменений.

Типичным являлся крупноразмашистый горизонтально-ротаторный нистагм, который носил стволовой характер. Степень выраженности, характер и направление нистагма в сторону очага или в обе стороны зависели от влияния патологического процесса на стволовые образования. Стволовой нистагм является наиболее постоянным у больных с абсцессом головного мозга, особенно при глубоком его расположении. Среди наблюдаемых нами больных у 15 нистагм был направлен в сторону локализации абсцесса, у 3 больных - в обе стороны. Исследуя состояние вестибулярного анализатора, при калорической пробе мы выявили гипорефлексию на стороне локализации абсцесса у 2 больных, норморефлексию - у 10, гиперрефлексию - у 1 больного.

Кохлеовестибулярные нарушения вызываются поражением слуховых и вестибулярных путей и бывают особенно выражены при периферическом вестибулярном синдроме. Причиной вестибуломозжечковых расстройств могли быть повреждения абсцессом пути от коры головного мозга к мосту и мозжечку, а также сдавливание моста и ножки мозжечка вследствие повышения внутричерепного давления.

Очаговые симптомы поражений полушарий мозжечка наблюдались у 14 больных. Более четко были выражены отклонения при пальценосовой пробе, чем при коленно-пяточной. Последнее обстоятельство объясняется преимущественной локализацией отогенных абсцессов в верхнепередних отделах полушарий мозжечка. При пробе Барре у больных легко устанавливалось незначительное отклонение руки на стороне очага вследствие гипотонии мышц. Аналогичное проявление гипотонии мышц демонстрировалось и при пальце-носовой пробе; наблюдался у больных и адиадохокинез. Если состояние больных позволяло поставить их в позу Ромберга и проверить прямую походку, то прослеживалось отклонение в сторону очага; фланговую походку они выполнить не могли. Замедление речи, "смазанность" ее и скандированная речь наблюдались у 2 больных вследствие нарушения тонуса мышц языка.

В клиническом течении абсцесса головного мозга особое место занимали менингеальные симптомы, выявленные у 21 больного. Менингит всегда предшествует появлению очаговых неврологических симптомов абсцесса и оценка его

клинической характеристики имеет большое практическое значение. В наших наблюдениях у 13 больных менингеальные симптомы проявлялись ригидностью затылочных мышц при отсутствии симптома Кернига, у 19 - сочетанием ригидности затылочных мышц со слабым симптомом Кернига.

Сухожильные рефлексy в начале заболевания вследствие атонии мышц чаще были снижены на стороне очага. В дальнейшем у части больных они повышались за счет внутричерепной гипертензии и сдавливания пирамидных путей.

При люмбальной пункции содержание клеток в ликворе у 17 больных не превышало норму, у 14 больных их количество увеличивалось до 100, у 2 больных - до 200-1000 клеток. Изменения в содержании белка в ликворе были таковы: у 3 человек белок был в норме, у 8 больных повышался до 0,6-0,99 г/л, у 2 больных - повышался до 3,3 - 6,6 г/л. Ликвор при неосложненных абсцессах головного мозга был прозрачным, и в зависимости от степени сдавливания ликворных путей состав его изменялся по типу белково-клеточной диссоциации (у 7 больных), т.е. наблюдалось увеличение содержания белка при нормальном клеточном составе. Последнее обстоятельство является наиболее ранним признаком, указывающим на наличие абсцесса мозжечка.

Диагноз абсцесса головного мозга выставлялся у больных на основании жалоб, анамнеза, объективных данных, неврологического статуса. Все больные были осмотрены оториноларингологом. Следует указать, что часто, учитывая стертую клиническую картину абсцесса, его диагностика базировалась на 1-2 симптомах. Значительно облегчила диагностику абсцессов головного мозга компьютерная и магнитно-резонансная томографии, обладающие большой информативностью. При томографии обнаруживается объемное образование в веществе головного мозга, определяются его параметры и локализация.

Больным проводилось лечение, основу которого составила хирургическая эвакуация содержимого абсцесса и дренирование его полости для дальнейшей санации антисептиками. Одновременно проводилась интенсивная медикаментозная терапия, включающая антибактериальные, дезинтоксикационные, дегидратационные, противоотечные средства; осуществлялись мероприятия, регулирующие мозговую кровоток, повышающие реактивность организма, купирующие нарушения жизненно важных функций.

Заключение.

Исход абсцессов головного мозга у наблюдавшихся нами больных во многом зависел от тяжести их состояния, времени поступления в стационар, срока постановки диагноза с момента начала заболевания, локализации и распространенности процесса. Летальность среди наших больных составила 7,5% (4 больных). Лица, в прошлом перенесшие абсцесс головного мозга, требуют длительной реабилитации. Наши наблюдения больных, перенесших в прошлом абсцесс головного мозга, выявили у 8 больных (15,0%) признаки арахноидита, потребовавшего проведения курса реабилитационной терапии. Это является подтверждением того, что пациенты, перенесшие абсцесс головного мозга, нуждаются в диспансерном наблюдении и при необходимости в проведении реабилитационных мероприятий под контролем ЛОР-врача и невропатолога.

Литература:

1. Благовещенская Н.С. Клиническая отоневрология при поражениях головного мозга. - М.: 1976.
2. Гаджимирзаев Г.А., Гамзатова А.А. Множественные абсцессы полушария мозжечка у ребенка с отогенным менингоэнцефалитом и тромбозом сигмовидного синуса // Вестник оториноларингологии, 1991; 5: 68-69.
3. Гаршин М.И. Клиника отогенных абсцессов полушарий головного мозга // Вестник оториноларингологии, 1990; 1: 3-8.
4. Гаршин М.И. Отогенные абсцессы мозжечка // Вестник оториноларингологии, 1991; 6: 44-47.
5. Гольдин С.Я. Отоневрологические симптомы и синдромы. - М.: 1951.
6. Ибрагимов Г.Т., Маматова Т.Ш., Ганиев А.Т. Множественные абсцессы мозжечка отогенного происхождения // Мед. журн. Узбекистана, 1985; 9: 77-78.
7. Маркин С.А., Лопарев А.А. Опыт диагностики и лечения больных с отогенными абсцессами полушарий головного мозга и мозжечка // Вестник оториноларингологии, 1985; 5: 38-41.
8. Миразизов К.Д., Бруссель Л.Г., Ходжаева К.А. и др. Совершенствование методов диагностики отогенных и риносинусогенных абсцессов головного мозга // Вестник оториноларингологии, 1988; 3: 27-32.
9. Митин Ю.В., Цымбалюк В.И., Фенниш Н. и др. Вопросы лечения и реабилитации больных с ото- и риногенными абсцессами полушарий головного мозга и мозжечка // Журн. ушн. нос. и горл. бол., 1991; 5: 16-19.
10. Нестеров Д.В., Иванов Н.И. Абсцесс мозжечка в отдаленном периоде после расширенной общеполостной операции на ухе // Вестник оториноларингологии, 1988; 3: 69-70.
11. Пальчун В.Т., Каплан С.И., Вознесенский Н.Л. Неврологические осложнения в оториноларингологии. - М.: 1977.
12. Пискунов С.З., Гельфанд М.И. Особенности течения отогенных внутричерепных осложнений по материалам ЛОР-клиники за 10 лет // Вестник оториноларингологии, 1982; 3: 44-47.
13. Псахис Б.И., Парилов В.Е. Множественные абсцессы мозжечка, закончившиеся выздоровлением // Вестник оториноларингологии, 1986; 5: 72.
14. Тальшинский А.М. Особенности неврологических симптомов при отогенных абсцессах полушарий большого мозга и мозжечка // Вестник оториноларингологии, 1987; 1: 30-35.
15. Тальшинский А.М., Гараев А.Р. К лечению отогенных абсцессов мозжечка // Вестник оториноларингологии, 1998; 5: 52-56.
16. Ундриц В.Ф., Хилов К.Л., Лозанов И.Н. Отогенные абсцессы мозга и мозжечка. - М.: 1949.
17. Ходжамкулиев Ш.К., Джумартов А.Д. Случай множественных отогенных абсцессов мозжечка // Здравоохранение Туркменистана, 1983; 4: 45-46.
18. Цецарский Б.М., Журавель В.В. Случай множественных абсцессов мозжечка в сочетании с абсцессами мозга // Вестник оториноларингологии, 1985; 1: 70-71.
19. Чумаков Ф.И., Яушева А.А. Внутричерепные осложнения у больных, перенесших санлирующую общеполостную операцию на среднем ухе // Журн. ушн. нос. и горл. бол., 1985; 3: 44-47.
20. Шкромиды Г.Т., Кушицкая О.В., Завийская Н.С. Наблюдение двухстороннего отогенного абсцесса мозжечка, закончившегося выздоровлением // Журн. ушн. нос. и горл. бол., 1976; 2: 106-107.
21. Шустер М.А., Чумаков Ф.И., Чканников А.Н. Роль компьютерной томографии в диагностике инкапсулированных абсцессов мозжечка при острых средних отитах // Вестник оториноларингологии, 1991; 6: 41-44.