

*Ырысов К.Б., Мамашарипов К.М.*

## АБСЦЕССЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА: ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

*К.В. Yrysov, К.М. Mamasharipov*

### BRAIN ABSCESSSES: DIAGNOSIS AND SURGICAL 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. Больным проводилось хирургическое лечение со вскрытием абсцесса мозга на фоне медикаментозной терапии. Приводится два примера лечения абсцессов из клинической практики.*

**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. All series underwent surgical excision and abscess evacuation combining with medication therapy. Two practical cases of brain abscess management are given.*

**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 [1-8].

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 ствольные 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 [1-15].

#### **Материал и методы.**

Нами обследовано и проведено лечение 53 больным 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 кариесом, 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.

#### **Приводим наблюдение больного с отогенным абсцессом мозжечка.**

Больной Ф., 36 лет, поступил в клинику с жалобами на сильную головную боль, головокружение, тошноту, шаткую походку, понижение слуха на правое ухо, гноетечение из этого уха. Из анамнеза установлено, что у больного гноетечение из правого уха наблюдалось с детства; периодически лечился; отмечал понижение слуха. За три недели до поступления в клинику гноетечение из уха усилилось, гной был с ихорозным запахом. Затем головная боль резко усилилась, из-за чего больной не спал ночь; на следующий день утром появилась рвота, шаткость походки, при ходьбе больного клонило вправо.

При поступлении: сознание больного ясное, контактен, на вопросы отвечает адекватно. Температура тела 38,7°C, пульс 88 ударов в минуту, хорошего наполнения, не напряжен. АД 125/75 мм рт. ст.

ЛОР-статус: нос, глотка, гортань, правое ухо в норме. Правое ухо: область сосцевидного отростка болезненна; в слуховом проходе умеренное количество гноя с ихорозным запахом; барабанная перепонка не просматривается из-за наличия полипа, исходящего из барабанной полости. Слух

на правое ухо снижен до восприятия шепотной речи около ушной раковины, разговорной речи - на расстоянии 2,5 м. На аудиограмме - смешанный характер тугоухости с превалированием кондуктивного нарушения. Проподимость правой слуховой трубы IV степени.

Гемограмма: Нб 123 г/л, эр. 3,7 x 10<sup>12</sup>/л; л. 8,8 x 10<sup>9</sup>/л; цв. пок. 0,9; п. 2, с. 87, лимф. 7, э. 3, мон. 1, СОЭ - 20 мм/час. Анализ мочи: уд. вес 1010, белок 0,0066%.

Неврологический статус: менингеальные симптомы отрицательны, мозжечковые пробы выполняет правильно, адиадохокинез отсутствует, патологические рефлексы не выявляются, афазии нет. Отмечается грубый горизонтально-ротаторный нистагм в обе стороны. При калорической пробе выявлена слева гипофункция лабиринта. В позе Ромберга слегка неустойчив; прямую, фланговую походку выполняет удовлетворительно. Другие черепные нервы в пределах нормы. Глазное дно без изменений.

Клинический диагноз: обострение правостороннего хронического гнойного среднего отита с полипом, кариесом. Абсцесс мозга справа.

Произведена расширенная радикальная операция на правом ухе с обнажением средней и задней черепных ямок. Кость сосцевидного отростка кариозно изменена. Антрум, адитус ад антрум, барабанная полость заполнены гноем, холестеатомой, грануляциями; обнаружен экстрадуральный абсцесс в области средней и задней черепных ямок. Твердая мозговая оболочка обеих черепных ямок утолщена, пульсация мозга ощущается только пальпаторно, пролапса мозга нет. Сигмовидный синус заполнен кровью. При пункции височной доли мозга абсцесс не обнаружен.

Головная боль после разгрузочной санитизирующей операции перестала беспокоить больного. Слух после операции - прежний.

Послеоперационный диагноз: обострение правостороннего хронического гнойного среднего отита с кариесом, холестеатомой, грануляциями, полипом, осложненного экстрадуральным абсцессом средней и задней черепных ямок.

Больному со дня поступления в стационар назначена противовоспалительная, дезинтоксикационная, гормональная, противоотечная, общеукрепляющая терапия.

Состояние больного резко ухудшилось: температура тела 38,9°C, головная боль стала нестерпимой, сознание несколько "загруженное", появились ригидность затылочных мышц и симптом Кернига, усилилось головокружение, периодически возникала рвота. Пульс 90 ударов в 1 минуту, напряжен. Спонтанный нистагм в обе стороны прежнего характера. Произведена спинномозговая пункция: ликвор мутный, бесцветный,

белок 0,66 мг/л, реакция Панди +++, сахар 1,7 ммоль/л, цитоз 4200, в нативном препарате сплошь лейкоциты и единичные эритроциты; в окрашенном препарате 9% нейтрофилов, 91% - лимфоцитов. На следующий день состояние больного крайне тяжелое, сознание затемнено, резко выражены менингеальные симптомы. Во время перевязки вскрыт абсцесс мозжечка через траутмановский треугольник, получено около 20 мл гноя; абсцесс располагался в переднемедиальной части левого полушария мозжечка, имел капсулу. Спустя два дня окулист выявил реактивный неврит зрительного нерва. Через неделю при компьютерной томографии дополнительные абсцессы мозга не выявлены.

В последующие дни в состоянии больного прослеживалась положительная динамика. Через месяц: жалоб нет, неврологический статус нормализовался, полость абсцесса закрылась, операционная полость эпидермизируется. Выписан на амбулаторное наблюдение.

В представленном наблюдении у больного с абсцессом мозжечка отсутствовали при поступлении такие характерные для абсцесса симптомы, как брадикардия, изменение глазного дна, нарушение координации на фоне проявления стволовой симптоматики.

#### *Другой пример из клинической практики.*

Больной К., в начале августа 2008 г. в течение 1 недели перенес ангину. Работу не прекращал, лечился самостоятельно. Через 2 недели, внезапно появилась слабость в правой руке и ноге, которая самостоятельно регрессировала спустя несколько часов и, вновь развившись через 2 дня, носила нарастающий характер, сопровождаясь быстрой утомляемостью, чувством недомогания. После госпитализации отмечено развитие приступа судорог в правой руке и ноге без потери сознания. На компьютерных томограммах в левой затылочной области определялась кольцевидной формы зона повышенной плотности с неровными, бугристыми контурами, с неомогенной структурой размером 35 x 27 мм, окруженная зоной отека.

Обращали внимание отсутствие признаков ВЧГ, правосторонняя гомонимная гемианопсия, правосторонний гемипарез (сила - 2 балла), патологические рефлексы, гемигипестезия. Изменений со стороны внутренних органов выявлено не было, анализы крови и мочи в пределах нормы. С диагнозом "объемное новообразование в левой затылочной доле" больному произведена операция, во время которой субкортикально на глубине около 5 мм обнаружен абсцесс с тонкой капсулой, разорвавшейся при попытке его удаления. В предварительно обложенную ватными тампонами операционную рану излилось около 15 мл густой желто-зеленой жидкости со зловонным запахом.

Абсцесс был удален полностью вместе с капсулой. Образовавшаяся полость обработана 1-процентным раствором диоксидина. Бактериоскопия содержимого полости абсцесса выявила большое количество скоплений кокков. В послеоперационном периоде на фоне проводимого лечения отмечался полный регресс неврологической симптоматики: восстановилась сила в правой руке и ноге до 5 баллов, чувствительность правой ноги не нарушена, поля зрения в норме.

На контрольных томограммах спустя 2 недели и 8 недели после операции отмечена динамика послеоперационных изменений в виде небольшой зоны понижения плотности в левой затылочной доле.

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.

#### Литература:

1. Гаршин М.И. Клиника отогенных абсцессов полушарий головного мозга // Вестник оториноларингологии, 1990; 1: 3-8.
2. Гольдин С.Я. Отоневрологические симптомы и синдромы. - М.: 1951.
3. 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.
4. Митин Ю.В., Цымбалюк В.И., Фенниш Н. 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.
5. Нестеров Д.В., Иванов Н.И. Абсцесс мозжечка в отдаленном периоде после расширенной общеполостной операции на ухе // Вестник оториноларингологии, 1988; 3: 69-70.
6. Псахис Б.И., Парилов В.Е. Множественные абсцессы мозжечка, закончившиеся выздоровлением // Вестник оториноларингологии, 1986; 5: 72.
7. Тальшинский А.М., Гараев А.Р. К лечению отогенных абсцессов мозжечка // Вестник оториноларингологии, 1998; 5: 52-56.
8. Ундриц В.Ф., Хилов К.Л., Лозанов И.Н. Отогенные абсцессы мозга и мозжечка. - М.: 1949.
9. Ходжамкулиев Ш.К., Джумартов А.Д. Случай множественных отогенных абсцессов мозжечка // Здравоохранение Туркменистана, 1983; 4: 45-46.
10. Цецарский Б.М., Журавель В.В. Случай множественных абсцессов мозжечка в сочетании с абсцессами мозга // Вестник оториноларингологии, 1985; 1: 70-71.
11. 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.
12. 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.
13. Chun C.H., Johnson J.D., Hofstetter M.: Brain abscess. A study of 45 consecutive cases: Medicine (Baltimore). 2006, Nov.; 65 (6): 415-31.
14. Ciurea V., Stoica F., Vasilescu G.: Neurosurgical management of brain abscesses in children: Acta Neuropathologica: 2008; 46: 3.
15. Maniglia A.J., Goodwin W.J., Arnold J.E.: Intracranial abscesses secondary to nasal, sinus, and orbital infections in adults and children. Arch Otolaryngol Head Neck Surg Association of sinus disease with brain abscesses is reviewed. 2009; 115: 1424.