



## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

**Ырысов К.Б., Мамашарипов К.М., Дыйканалиев У.К.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** 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.

## МЭЭНИН ИРИНДҮҮ ШИШИГИН ХИРУРГИЯЛЫК ЖОЛ МЕНЕН ДАРЫЛОО

**Ырысов К.Б., Мамашарипов К.М., Дыйканалиев У.К.**

И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Баш мээнин ириндүү шишиги менен, алардын ичинен 6 (11,3%) – каракуш мээнин ириндүү шишиги менен ооруган 53 бейтапка дарылоо жүргүзүлдү. Ириндүү шишиктин клиникасы анчалык белгилүү эмес болгон, көпчүлүк мүнөздүү симптомдор жок болгон. Оорулууларга хирургиялык дарылоо иши жүргүзүлүп, медикаментоздук терапиянын негизинде мээнин ириндүү шишиги ачылды. Клиникалык практикадан ириндүү шишикти дарылоонун эки мисалы келтирилет.

**Негизги сөздөр:** отогендүү баш сөөк ичиндеги кабылдоо, баш мээнин ириндүү шишиги, клиника, дартты аныктоо, дарылоо.

## SURGICAL MANAGEMENT OF BRAIN ABSCESSSES.

**Yrysov K. B., Mamasharipov K.M., Dyikanaliev U.K.**

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Akhunbaev,  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume:** 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.** С широким применением антибактериальных средств улучшился прогноз и исход абсцессов. Абсцессы головного мозга относятся к наиболее тяжелым отогенным внутричерепным осложнениям. 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 [1-5].

Тяжесть клинического течения абсцесса мозжечка объясняется непосредственным влиянием патологического процесса на стволовые образования. Сложность диагностики и лечения отогенных абсцессов головного мозга обуславливает актуальность этой проблемы и в настоящее время. Сдавнение 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 двустороннего отогенного абсцесса мозжечка [1-5].

**Материал и методы.** Нами обследовано и проведено лечение 53 больным с отогенными внутричерепными осложнениями с фороимрованием 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. В результате инфекция среднего отита, проникая в полость черепа, приводит к развитию абсцесса головного мозга. Грипп с выраженными явлениями общей интоксикации обуславливает резкое снижение иммунитета и резистентности организма к действию микробной инфекции. 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 °С, пульс 88 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. Проприетивность 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 аптгум, 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 санитарной 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°С, головная боль стала нестерпимой, сознание несколько «загруженное», появились ригидность затылочных мышц и симптом Кернига, усилилось головокружение, периодически возникала рвота. Пульс 90 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 77% 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 2008г. в течение 1 нед перенес ангину. Работу не прекращал, лечился самостоятельно. Через 2 нед, внезапно появилась слабость в правой руке и ноге, которая самостоятельно регрессировала спустя несколько часов и, вновь разившись 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, неомогенной структурой размером 35 x 27 мм, окруженная зоной отека.

Обращали внимание отсутствие признаков ВЧГ, правосторонняя гомонимная гемианопсия, правосторонний гемипарез (сила - 2 балла), патологические рефлекс, гемигипестезия. Изменений со стороны внутренних органов выявлено не было, анализы крови и мочи в пределах нормы. С диагнозом объемное образование левой затылочной доли

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%-ным раствором диоксида. 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 нед и 8 нед 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.

### **1. Литература:**

2. Гаршин М.И. Клиника отогенных абсцессов полушарий головного мозга // Вестник оториноларингологии, 1990; 1: 3-8.
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. Талышинский А.М., Гараев А.Р. К лечению отогенных абсцессов мозжечка // Вестник оториноларингологии, 1998; 5: 52-56.
6. Ундриц В.Ф., Хиллов К.Л., Лозанов И.Н. Отогенные абсцессы мозга и мозжечка. - М.: 1949.