



# ДИАГНОСТИКА АБСЦЕССОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

**Султанов Б.М., Ырысов К.Б., Мамашарипов К.М.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
кафедра нейрохирургии до- и последипломного образования,  
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. 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. 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.

## БАШ МЭЭНИН ИРИЦДҮҮ ШИШИКТЕРИНИН ДАРТЫН АНЫКТОО

**Султанов Б.М., Ырысов К.Б., Мамашарипов К.М.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,  
нейрохирургияны дипломго чейин жана кийин окутуу кафедрасы,  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

*Корутулду:* Баш мээнин отогенүү ирицдүү шишиги менен жабыркаган 53 оорулуга оарылоо иши жүргүздү, алардын ичинен 6 (11,3%) – каракуш мээнин ирицдүү шишиги менен ооруган оор. Ирицдүү шишиктин клиникасы анча белгилүү эмес болгон, көпчүлүк симптомдор жок болгон. Негизги басымдуулук кылган симптом бул баш оору болчу; башка гипертензиондүү симптомдор көңүл айтуу менен (4 оорулугу), кусуу менен (7 оорулугу), брадикардия менен (9 оорулугу) жабыркагандар. 5 оорулунун көздөрүнүн түбүндө өзгөрүү жоголгон; 14 оорулуда кыймыл-аракетинин бузулган ооыгы, 2 оорулунун сүйлөөсү начарлаганы байкалган. Өтө тартайган турасынын кеткен ротатордук нистагм өзөктүү мүнөзгө ээ болгон, 15 оорулугу ирицдүү шишикке, ал эми 3 оорулугу эки тарапка тең багытталган. Оорулугуларга хирургиялык оарылоо иши жүргүздүлүп, медикаментоздук терапиянын негизинде мээнин ирицдүү шишиги ачылды.

*Негизги сөздөр:* отогенүү баш оок ичиндеги внутричерепные кабылдоо, баш мээнин ирицдүү шишиги, клиника, дарттын аныктоо, оарылоо.

## DIAGNOSIS OF BRAIN ABSCESSSES

**Sultanov B.M., Yrysov K.B., Mamasharipov K.M.**

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, dpt of Neurosurgery  
on pre- and postgraduate education,  
Bishkek, Kyrgyz Republic

*Summary:* 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, scanding 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.

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 [1-7].

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. Сдавление ликворных путей между желудочками и субарахноидальным пространством создает условия для нарушения ликворциркуляции, 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 [1-7].

**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.**

Среди внутричерепных гипертензионных симптомов головная боль была доминирующей и наблюдалась у всех больных. Проявления абсцесса у части наблюдаемых нами больных были атипичны, смазаны, со скудной симптоматикой на ранних стадиях заболевания. 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 патогномоничной 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 - 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 сдавление 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 верхненередних 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 наблюдалась 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 сдавления пирамидных путей.

При люмбальной пункции содержание клеток в ликворе у 17 больных не превышало норму, у 14 их количество увеличивалось до 100 в 1 мкл, у 2 - 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 - до 3,3 - 6,6 г/л. Ликвор при неосложненных абсцессах головного мозга был прозрачным, и в зависимости от степени сдавления 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 выставлен 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.**

Летальность среди наших больных составила 7,5% (4 больных). 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. Лица, в прошлом перенесшие абсцесс головного мозга, требуют длительной реабилитации. Наши наблюдения больных, перенесших в прошлом абсцесс головного мозга, выявили у 8 (15,0%) признаки арахноидита, потребовавшего проведения курса реабилитационной терапии.

**Литература:**

1. 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.
2. Гаршин М.И. Отогенные абсцессы мозжечка // Вестник оториноларингологии, 1991; 6: 44-47.
3. Нестеров Д.В., Иванов Н.И.



абсцесс мозжечка в отдаленном периоде после расширенной общеполостной операции на ухе // Вестник оториноларингологии, 1988, 3: 69-70.

4. Талышинский А.М., Гараев А.Р. К лечению отогенных абсцессов мозжечка // Вестник оториноларингологии, 1998, 5: 52-56.

5. Цецарский Б.М., Журавель В.В. Случай множественных абсцессов мозжечка в сочетании с абсцессами мозга // Вестник оториноларингологии, 1985, 1: 70-71.

6. Чумаков Ф.И., Яушева Л.А. Внутрочерепные осложнения у больных, перенесших санлирующую общеполостную операцию на среднем ухе // Журн. ушн. нос. и горл. бол., 1985, 3: 44-47.

7. 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.