

УДК: 616.831-002.3-089

Тихомиров С.Е.

## АБСЦЕСС ГОЛОВНОГО МОЗГА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Tikhomirov S.E.

### ABSCESS OF THE BRAIN. CLINICAL CASE

ГБУЗ ТО «Областная больница №3», 626150, Тюменская область, г. Тобольск, 3Б микрорайон, 24

Тихомиров Сергей Евгеньевич – к.м.н., врач-нейрохирург травматолого-ортопедического отделения.

ПРОВЕДЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕ ИМЕЛО ФИНАНСОВОЙ ПОДДЕРЖКИ

#### РЕЗЮМЕ

Представлено клиническое наблюдение больной, оперированной по поводу абсцесса головного мозга. Операция выполнена без дренирования и без удаления капсулы абсцесса. В послеоперационном периоде внутривенная антибактериальная терапия была дополнена эндолюмбальным введением антибиотика.

**Ключевые слова:** абсцесс головного мозга, хирургическое лечение.

#### SUMMARY

Clinical observation is presented. Patient with an abscess of the brain. The operation is performed without draining and without removing the capsule of the abscess. In the postoperative period, intravenous antibiotic therapy was supplemented with intrathecal antibiotic injection.

**Key words:** brain abscess, surgical treatment.

Абсцесс головного мозга – гнойная полость в веществе мозга, отграниченная соединительнотканной капсулой. Абсцесс головного мозга может быть результатом распространения инфекции из близлежащего очага, либо переноса инфекции гематогенным путем из первичного очага инфек-

ции. Нередки абсцессы, при которых источник инфекции выявить не удается. [1,2,3]

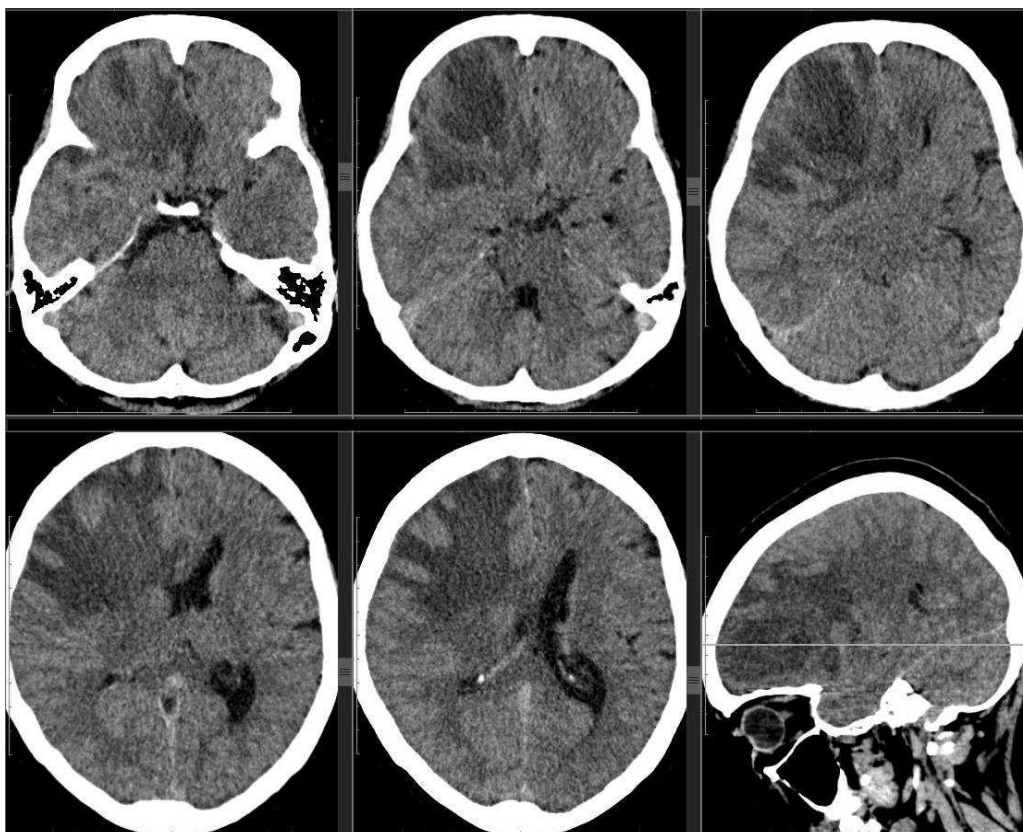
#### ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

В Областную больницу №3 Тобольска была доставлена больная Н., 48 л. по направлению фельдшера с. Лайтамак. Село Лайтамак является центром так называемого "Тобольского Заболотья" – региона Тюменской области, для которого характерно отсутствие дорог, связывающих с "большой землей" с начала апреля по конец ноября. Летом регулярное сообщение с этими сёлами осуществляется только авиатранспортом.

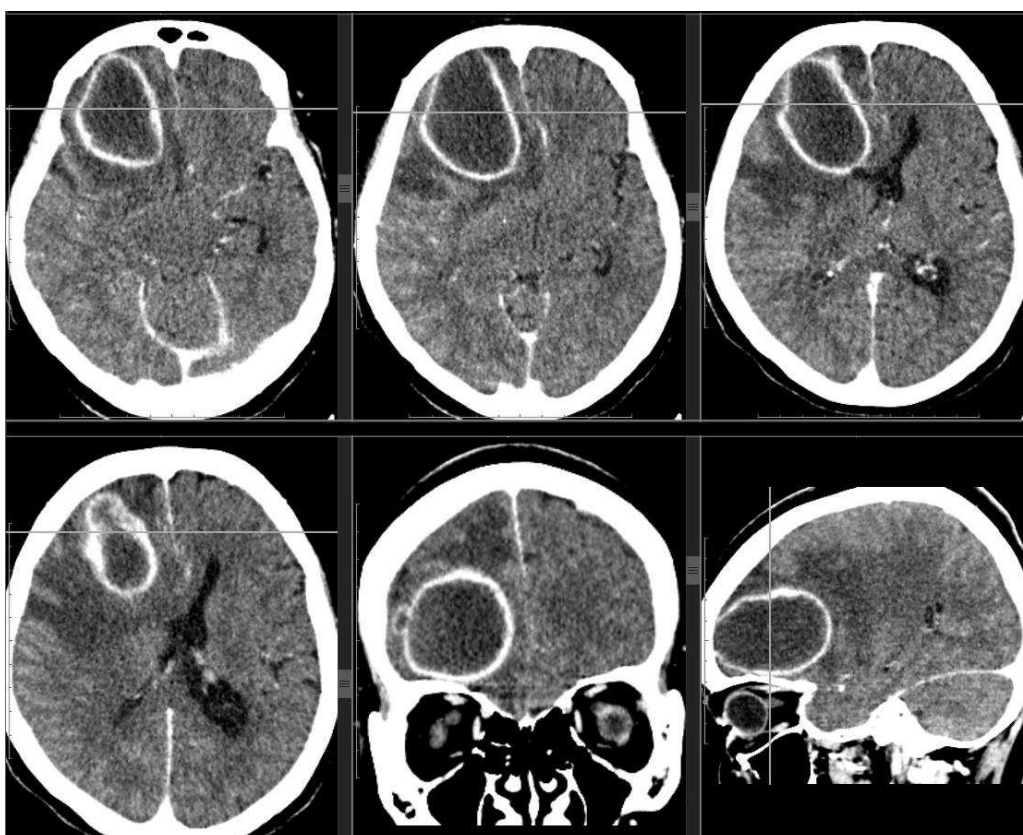
При поступлении осмотрена неврологом, выполнена КТ головного мозга, выявлено объёмное образование правой лобной доли головного мозга. Больная госпитализирована в неврологическое отделение с подозрением на онкологическое заболевание головного мозга.

Проведено дополнительное обследование. На обзорной рентгенограмме лёгких: патологии не выявлено. Осмотр офтальмолога: ангиопатия сосудов сетчатки по гипертоническому типу. УЗИ органов брюшной полости: онкологической патологии не выявлено. Осмотр онколога, гинеколога: клинических данных за онкопатологию других органов не выявлено. Анализ крови на RW, HbsAg, HCV, ВИЧ: отрицательный.

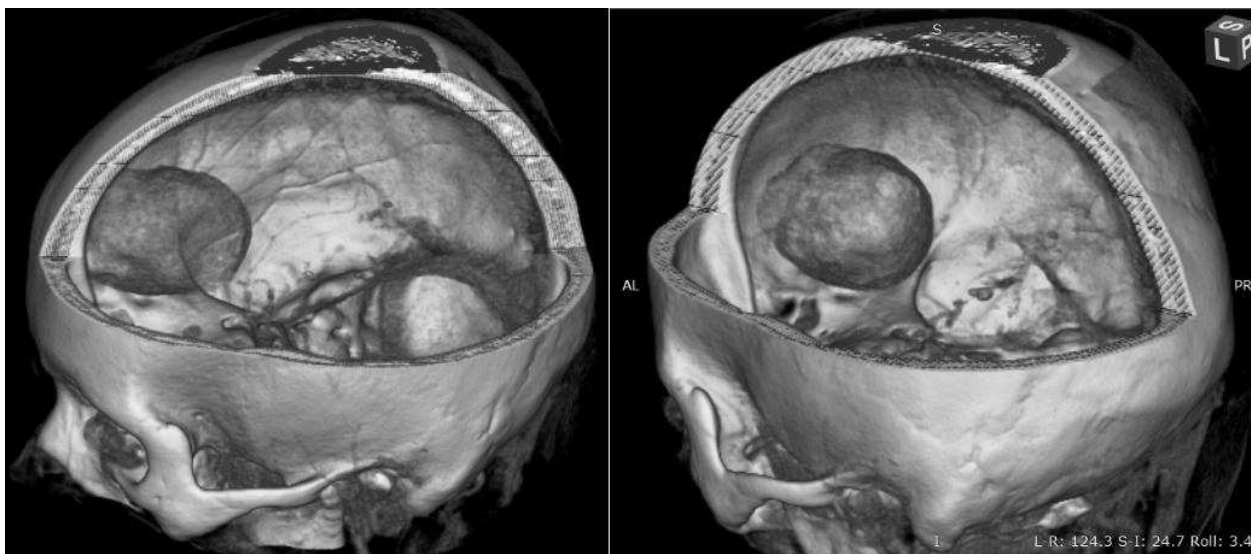
КТ головного мозга (нативное исследование с последующим контрастным усилением, приведено оригинальное заключение рентгенолога): КТ-картина глиомы в правой лобной доле головного мозга с перифокальным отёком и смещением срединных структур влево до 5 мм. (Рис.1,2,3)



**Рис. 1.** КТ головного мозга, нативное исследование. Выполнено при поступлении больной Н., 48 л.



**Рис. 2.** КТ головного мозга больной Н., 48 л. Исследование выполнено с внутривенным введением контрастного препарата.



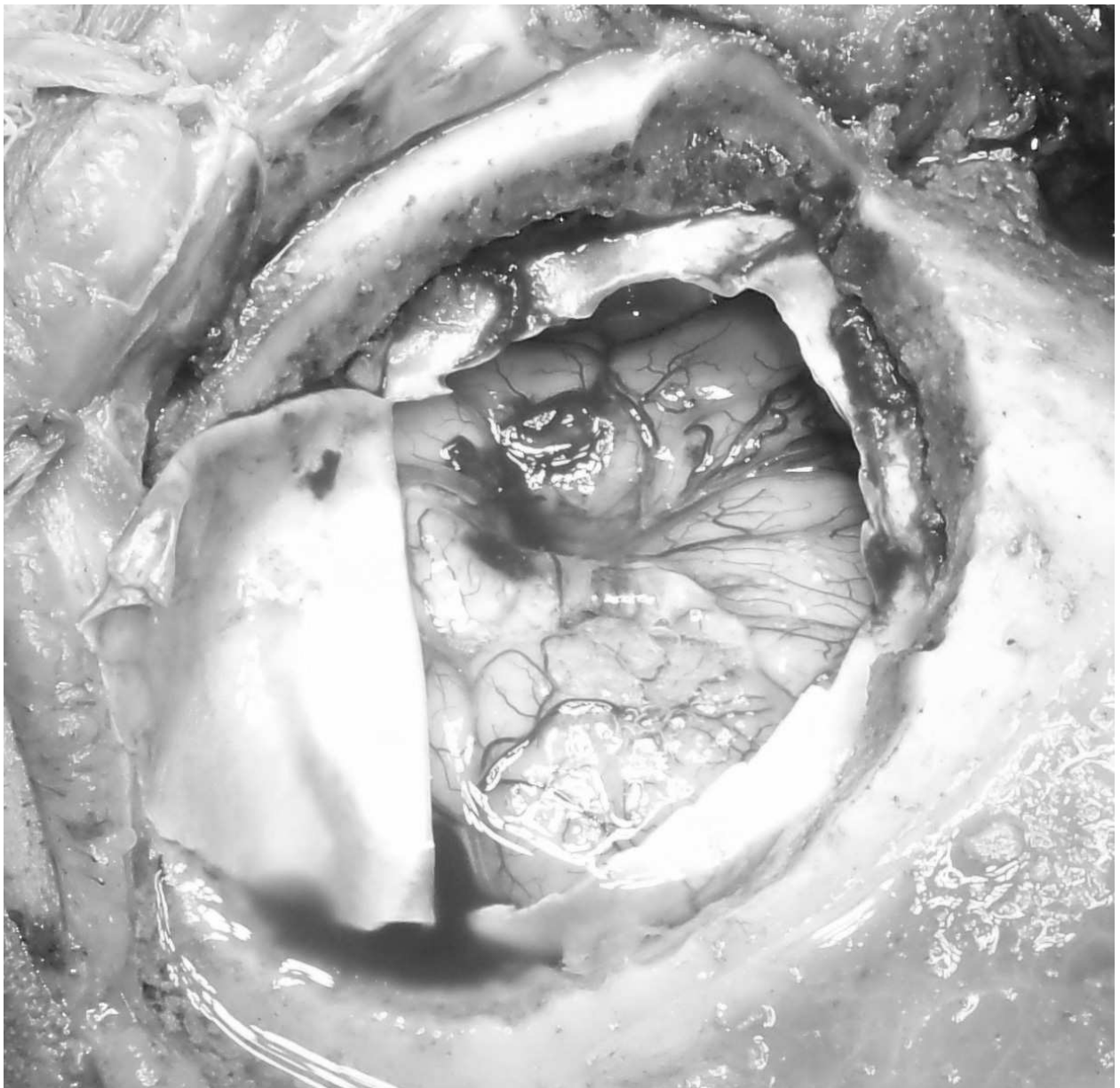
**Рис. 3. 3D-реконструкция объёмного образования правой лобной доли головного мозга выполнена на основании сканов КТ головного мозга с контрастным усилением.**

Неврологический статус при осмотре нейрохирургом: Уровень сознания: глубокое оглушение (11 б. по ШКГ), глубокий левосторонний гемипарез, менингеальных симптомов нет.

Больная взята на операцию. Далее приведён протокол оперативного вмешательства.

Выполнен дугообразный разрез мягких тканей в правой лобно-височной области. Наложено фрезевое отверстие у основания скулового отростка лобной кости, из которого краниотомом выпилен костный лоскут 6.0 X 5.0 см. Гемостаз электрокоагуляцией по ходу доступа. Гемостаз воском. Твёрдая мозговая оболочка (ТМО) вскрыта подковообразно основанием к сагиттальному си-

нусу. Мозг отёчен, пролабирует. По центру ТМО подпаяна к коре головного мозга. Тонким шпателем ТМО постепенно отделена от коры. Вскрыт абсцесс: получен гной с гнилостным запахом. Взят посев гнойного содержимого абсцесса на микрофлору и чувствительность к антибиотикам. Аспирировано около 60.0 мл гнойного субстрата. Полость абсцесса многократно промыта водными растворами перекиси водорода и фурацилина. Мозг запал, имеется хорошая пульсация. ТМО ушита с одновременным подшиванием по периметру трепанационного окна. Костный лоскут уложен на место. Послойный шов раны, асептическая повязка. (Рис.4)



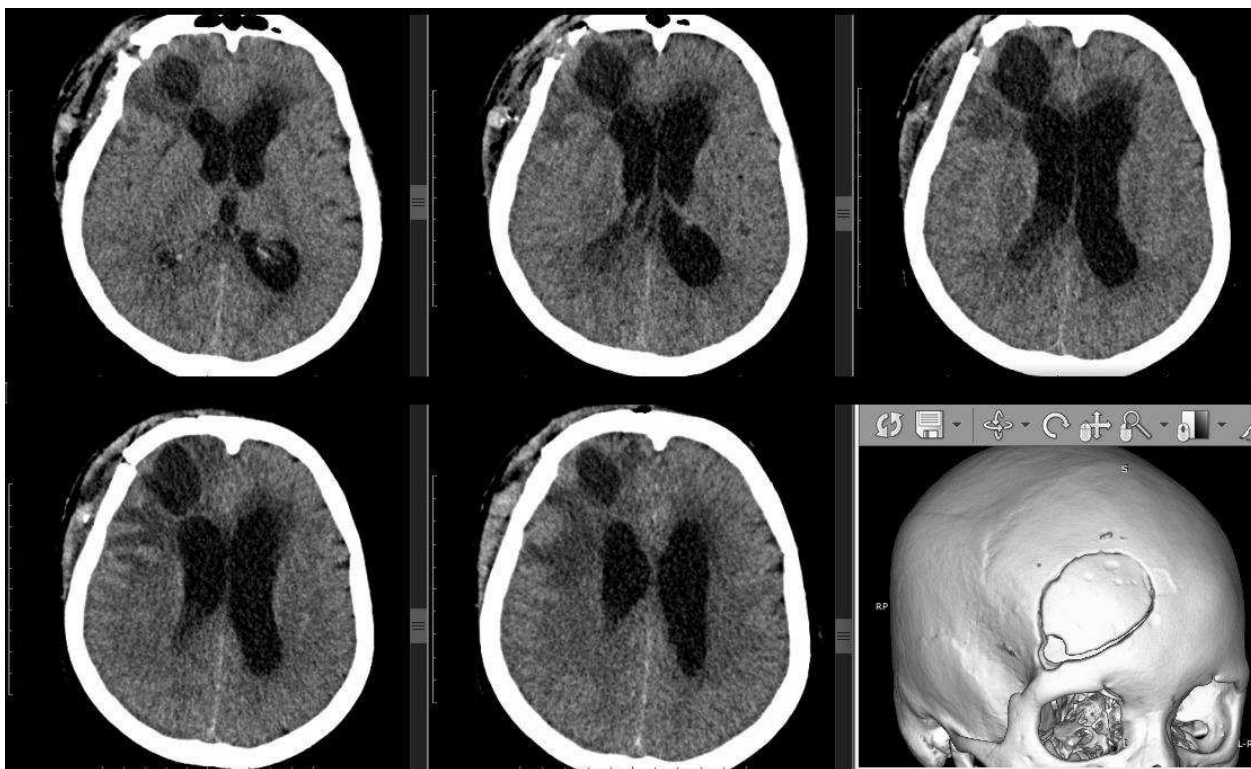
**Рис. 4. Интраоперационная фотография, выполненная после аспирации гнойного содержимого из полости абсцесса и промывания полости антисептическими растворами.**

В послеоперационном периоде проводилось медикаментозное лечение: цефтриаксон 2.0 внутривенно 2 раза в сутки, амикацин эндолумбально 1.0 в разведении на 20.0 физиологического раствора №3 с интервалами 1-2 дня, инфузионная терапия, энтеральное питание через назогастральный зонд.

Бактериальный посев гнойного содержимого абсцесса выявил *Streptococcus spp.* Анализ цереброспинальной жидкости на 2-е сутки после операции: цвет – желтовато-серый, прозрачность – мутная, цитоз – 785 в 1 мкл, общий белок – 2.3 г/л; на 5-е сутки: цвет – светло-жёлтый, прозрачность – слабо-мутная; цитоз – 204 в 1 мкл, общий белок –

5.9 г/л; на 7-е сутки: цвет: светло-жёлтый, прозрачность – слабо-мутная, цитоз – 115 в 1 мкл, общий белок – 5.6 г/л.

В неврологическом статусе положительная динамика в виде восстановления сознания до ясного, регресса менингеального синдрома, частичного регресса левостороннего гемипареза. На контрольной КТ головного мозга на 2-е и 8-е сутки после операции положительная динамика в виде регресса перифокального отёка и дислокации срединных структур. (Рис.5) Операционная рана зажила первичным натяжением, швы сняты. Выписана на амбулаторное лечение.



**Рис. 5.** КТ головного мозга, нативное исследование, выполненное на 8-е сутки после операции. В нижнем правом углу выполнена 3D-реконструкция, иллюстрирующая краниотомический доступ.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Поступление больной в тяжёлом состоянии из труднодоступного района с угнетённым сознанием не позволило собрать анамнез. Компьютерная томография с контрастным усилением выявило объёмное образование с чётко очерченной капсулой, что вызвало подозрение на абсцесс, но отсутствие уровня жидкости на снимках КТ и лихорадки у больной в большей степени склонило клиническую мысль в сторону онкологического поражения. Сложность дифференциальной диагностики между абсцессом головного мозга и онкологическим поражением описана в литературе. [4,5,6] Ретроспективно, конечно, в предоперационном периоде следовало бы выполнить диагностическую люмбальную пункцию.

На момент оперативного вмешательства абсцесс уже был хорошо ограничен капсулой и подпаянной к коре головного мозга твёрдой мозговой оболочкой. При оперативных вмешательствах по поводу абсцесса головного мозга принято оставлять дренаж в полости абсцесса. [1,7,8,9,10] Однако, с учётом наличия хорошо сформированной капсулы, которая была визуализирована после промывания полости антисептическими растворами, принято решение не оставлять дренаж. В

послеоперационном периоде внутривенное введение цефтриаксона было дополнено эндолюмбальным введением амикацина (1.0 г на 20.0 физиологического раствора). Анализ цереброспинальной жидкости, которая бралась на анализ перед введением антибиотика, отразил положительную динамику в виде постепенного уменьшения цитоза.

На контрольной КТ на 8-е сутки хорошо визуализируются спавшаяся капсула абсцесса, заполненная цереброспинальной жидкостью и расправление правого бокового желудочка.

Таким образом, аспирация гнойного содержимого абсцесса без удаления капсулы и без дренирования с последующей антибактериальной терапией путём как внутривенного, так и эндолюмбального введения антибиотиков, в данном случае оказалось вполне достаточным. Представленный клинический случай может быть рассмотрен как возможный вариант хирургической тактики при хорошо ограниченном абсцессе.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гайдар Б.В. Практическая нейрохирургия. Санкт-Петербург: Гиппократ; 2002

- 
2. Гринберг М.С. Нейрохирургия. Москва: МЕД-пресс-информ; 2010
  3. Яшаров Ю.А., Цимбалюк В.И. Хирургические аспекты в лечении абсцессов головного мозга. Медицина неотложных состояний 2015; (7): 93 – 97.
  4. Agarwal A.K., Garg R., Simon M. Ring enhancing lesion in CT scan: metastases or a brain abscess. Emerg. Med. J. 2007; (24): 706
  5. Britt R.H., Enzmann D.R. Clinical Stages of Human brain abscesses on Serial CT Scans After contrast infusion. J. Neurosurg 1983; (59): 72-89
  6. Alderson P.O., Gado M.H., Siegel B.A. Computerized cranial tomography and radionuclide imaging in the detection of intracranial mass lesions. Semin. Nucl. Med. 1977; (7): 161-173
  7. Bernardini G.L. Diagnosis and management of brain abscess and subdural empyema. Curr. Neurol. Neurosci. Rep. 2004; (4): 448-456.
  8. Barlas O., Sencer A., Erkan K., Eraksoy H., Sencer S., Bayindir C. Stereotactic surgery in the management of brain abscess. Surg.Neurol. 1999; (52): 404-11.
  9. Beller A.J., Sahar A., Praiss I. Brain abscess. Review of 89 cases over a period of 30 years. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 1973; (36): 757-768.
  10. Calfee D.P., Wispelwey B. Brain abscess. Semin. Neurol. 2000; (20): 353-360.