

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ, КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ И ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

ПРОТАС Р.Н., КУБРАКОВ К.М., ВЫХРИСТЕНКО К.С.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»;

*кафедра неврологии и нейрохирургии,
кафедра хирургии ФПК и ПК*

Резюме. Одним из тяжелейших гнойно-воспалительных внутричерепных заболеваний является абсцесс головного мозга (АГМ). Распознавание АГМ всегда сопряжено с большими трудностями. Заболевание чаще встречается у лиц трудоспособного возраста, однако наблюдается и у детей, и пожилых людей. Наряду с типичными симптомами в возрастном аспекте просматриваются определенные отличительные признаки, особенно ярко они прослеживаются при оценке результатов дополнительных методов исследования, среди которых наиболее информативными являются рентгеновская компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и церебральная ангиография. Знание отличительных особенностей АГМ в возрастном аспекте необходимы для ранней диагностики заболевания и своевременного адекватного лечения.

Ключевые слова. Абсцесс головного мозга, детский возраст, пожилые люди, дифференциальная диагностика.

Abstract. One of the hardest pyoinflammatory intracranial diseases is the abscess of a brain (AB). Recognition AB is always interfaced to greater difficulties. Disease meets at persons of able-bodied age is more often, however is observed and at children, and older persons. Alongside with typical symptoms in age aspect the certain distinctive attributes are looked through, especially brightly they are traced at an estimation of results of additional methods of research among which the most informative are a computerized tomography, a magnetic resonance tomography and cerebral angiography. Knowledge of distinctive features AB in age aspect are necessary for early diagnostics of disease and duly adequate treatment.

Адрес для корреспонденции: 210023, г. Витебск, пр-т Фрунзе, 27, Витебский государственный медицинский университет, кафедра неврологии и нейрохирургии, р.тел. 22-39-95. – Протас Р.Н.

Абсцесс головного мозга (АГМ) это ограниченное скопление гноя в мозговом веществе. Заболевание встречается редко и составляет 2-3% среди органических поражений нервной системы [3,5,13]. Диагностика и особенно лечение внутричерепных гнойно-воспалительных заболеваний всегда сопряжены с большими, порой непреодолимыми трудностями. Летальность колеблется от 5 до 50%. АГМ – «все возрасты покорны» - от новорожденных до лиц преклонного возраста. Мужчины болеют в 3 раза чаще женщин. Это обусловлено тем, что они чаще подвергаются черепно-мозговым травмам (ЧМТ), подчас работают в неблагоприятных условиях, в большей степени подвержены простудным заболеваниям, злоупотребляют алкоголем, пренебрежительно относятся к своему здоровью [4,8,10].

Классическая картина АГМ изучена довольно полно, хотя в периодической печати часто можно встретить описание неординарных «атипичных» случаев. [11,12,16,18, 19]

Ставилась задача, базируясь на данных литературы и материале клиник ВГМУ, изучить особенности манифестации, клиники и результаты современных вспомогательных методов обследования больных с АГМ в возрастном аспекте – у детей и лиц пожилого возраста.

Методы

Проанализированы 132 истории болезни пациентов с верифицированными АГМ. Метастатические гнойники констатированы в 32,1%, контактные – в 27,4%, травматические – в 32,5%, криптогенные – в 8%. Детей и подростков было 13 человек (I группа), лиц старше 60-летнего возраста – 11 (II группа).

Все больные подвергались полному нейрохирургическому, отоларингологическому, офтальмоневрологическому и соматическому обследованию. Проводился ряд дополнительных исследований (краниография, Эхо-ЭГ, ЭЭГ, церебральная ангиография, КТ и МРТ головного мозга и др.). Лица пожилого возраста консультировались смежными специалистами с целью выявления существующих или ранее перенесенных соматических заболеваний.

Результаты и обсуждение

Анамнез при АГМ нередко может дать сведения об источнике гнойного процесса. У детей чаще всего причиной развития абсцесса мозга являлись гнойные гаймориты, в то время как у взрослых – хронические отиты и фронтиты [6,17]. У детей это объясняется недостаточно развитой иммунной системой организма, характером строения пазух носа, особенностями сосудистых и лимфатических связей между полостью носа и черепом [1,8,13, 17].

При сравнительном изучении путей распространения инфекции из придаточных пазух носа в полость черепа выявлена отчетливая разница их у взрослых и детей: у взрослых чаще имел место контактный путь распространения инфекции, в то время как у детей — преимущественно метастатический, по кровеносным и лимфатическим путям. Это объясняется тем, что у взрослых очень часто инфицирование происходит из лобных пазух, которая имеет непосредственное соседство с полостью черепа и отделяется от

головного мозга очень тонкими костными стенками и мозговыми оболочками. В то же время у детей, особенно более раннего возраста, околоносовые пазухи сформированы еще недостаточно, а лобные пазухи практически отсутствуют; у детей более старшего возраста лобные пазухи меньших размеров и поэтому они реже вовлекаются в воспалительный процесс с развитием фронтитов. В противоположность этому у детей чаще причиной развития абсцессов мозга являются гнойные гаймориты или гнойные процессы в полости носа. Все эти очаги не имеют непосредственного контакта с полостью черепа. При гематогенно-метастатическом распространении инфекции, чаще наблюдавшемся у детей, происходит прорыв гемато-энцефалического барьера одновременно во многих участках, часто септические эмболы задерживаются в мелких сосудах мозга, где начинает развиваться гнойный очаговый энцефалит, переходящий в абсцедирование [1,6,8,10,11,12].

У всех больных АГМ в той или иной степени звучали инфекционно-токсические, гипертензионно-гидроцефальные, очаговые, а в ряде случаев вторично-дислокационные синдромы. Однако степень выраженности их содержала определенные групповые отличия.

Стадии АГМ (начальная, латентная, явная, терминальная) клинически проследить трудно. Тем более, что в ряде наблюдений они сочетались с гнойным менингитом, энцефалитом, тромбозом и провести четкую грань между ними без динамического наблюдения и применения вспомогательных методов исследования весьма сложно [2,5,7,13,16].

Общеинфекционные признаки были обусловлены как первичным воспалительным процессом (отит, синусит, пневмония и др.), так и самим АГМ. Однако следует отметить, что хорошо инкапсулированный АГМ, может не сопровождаться инфекционно-токсической симптоматикой [2,8,14]. У детей из инфекционно-токсических симптомов в начальной стадии могут быть лихорадка, при этом температура редко достигает 39-40°C, а чаще всего остается в пределах 37-38°C, недомогание, плохой аппетит, ускоренная СОЭ, лейкоцитоз в крови с выраженным сдвигом лейкоцитарной формулы влево, и в редких случаях, общие судороги. В отличие от этого у пожилых инфекционно-токсическая симптоматика проявлялась слабее и позже, либо вообще отсутствовала.

В первой группе признаки повышения внутричерепного давления выходили на передний план. Они манифестировали выраженной цефалгией, один из ранних, стойких и ведущих симптомов АГМ у детей, мозговой рвотой, менингеальным симптомокомплексом и были обусловлены не только механическим увеличением внутричерепного объема, но и токсическим влиянием гноя на мозговое вещество. У детей появлялась раздражительность, сонливость, явления застоя на глазном дне; у грудных детей окружность головы по мере увеличения внутричерепного давления может прогрессивно увеличиваться, расходятся черепные швы, напрягаются или выпячиваются роднички, в некоторых случаях возможно несимметричное увеличение головы, преимущественно на стороне расположения абсцесса. У детей старшего возраста краниографически гипертензионный синдром

проявлялся вторичными изменениями турецкого седла в виде порозности спинки.

У пожилых больных, с атрофией мозговой ткани и уменьшением объема мозга, гипертензионно-гидроцефальный синдром проявляется поздно, а порой отсутствовал вообще. Краниографические изменения более выражены на фоне общего остеопороза. Отек и набухание мозга вокруг гнойного очага был выражен незначительно. Течение заболевания носило псевдотуморозный характер, редко – инсультообразный [2,10,13].

Очаговая неврологическая симптоматика у детей носила эфемерный характер и зависела от расположения гнойного очага и была характерна для далеко зашедшего поражения головного мозга [1,7,15] (рис. 1).

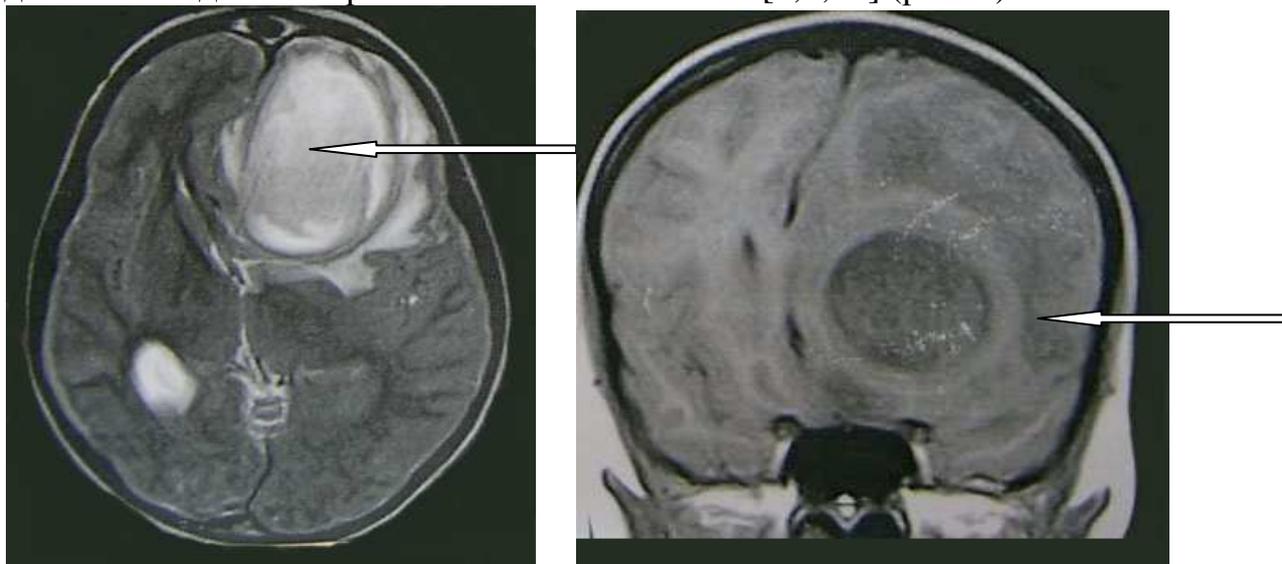


Рис.1. Магнитно-резонансная томограмма ребенка М., 7 лет (стрелкой указан абсцесс).

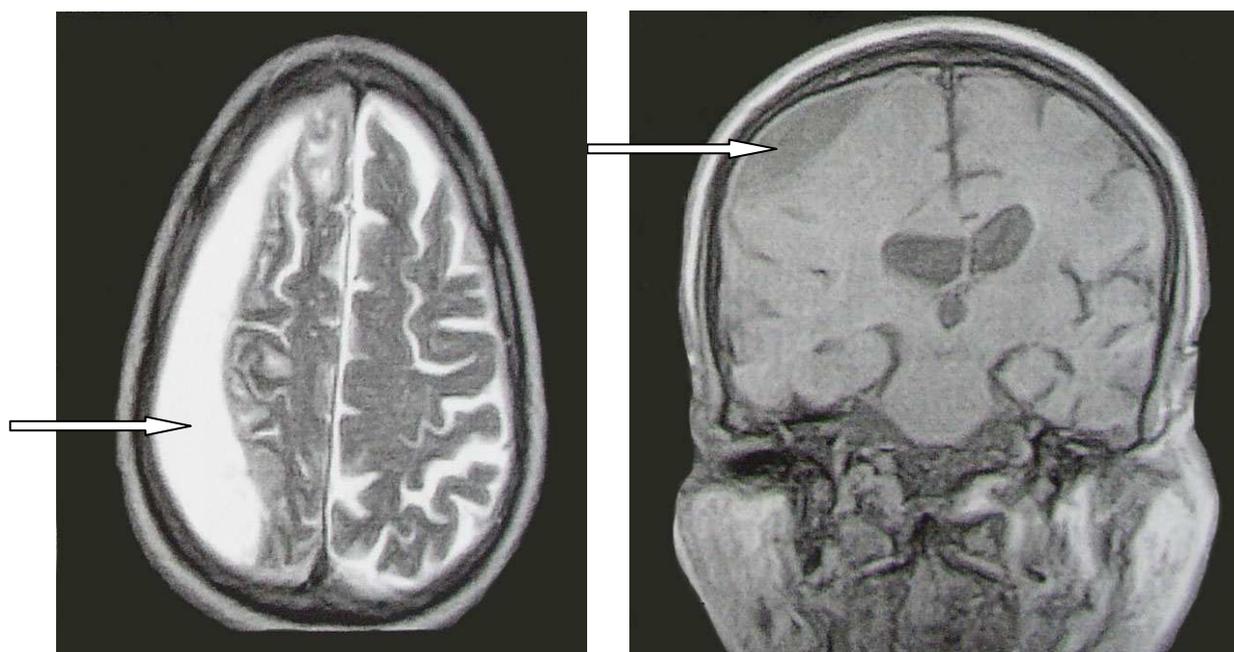


Рис. 2. Магнитно-резонансная томограмма больного Г., 74 года. (стрелкой указана эмпиема).

Следует отметить, что у пациентов второй группы гнойно-воспалительный процесс протекал на фоне уже имеющейся цереброваскулярной патологии, которая усугублялась и часто манифестировала интеллектуально-мнестическими нарушениями, что затрудняло обследование. Гнездная неврологическая симптоматика была выражена четко, однако в ряде случаев она наслаивалась на ранее перенесенное органическое поражение мозга (ЧМТ, инсульт, гипертоническая энцефалопатия и др.). Ирритация коры проявлялась фокальными эпилептиформными пароксизмами (3) или генерализованными припадками (2) (рис. 2).

Общие принципы диагностики АГМ в разных возрастных группах аналогичны. Однако следует отметить, что дополнительные методы исследования несут далеко неравнозначную информацию. То, что свойственно пожилым людям почти не встречается у детей и наоборот. Схематично дифференциально-диагностические критерии АГМ у лиц разных возрастных групп можно представить в виде таблицы (табл. 1).

Таблица 1

**Дифференциально-диагностические критерии АГМ
у детей и пожилых людей**

Критерии	Дети	Лица пожилого возраста
Жалобы	Выраженная головная боль, рвота, светобоязнь, недомогание, плохой аппетит	Умеренная головная боль, интеллектуально-мнестические расстройства, эпилептиформные припадки, слабость в конечностях
Инфекционно-токсические признаки	Соответствующий габитус, субфебрильная температура, изменения периферической крови (лейкоцитоз, сдвиг формулы, ускоренная СОЭ)	Выражены незначительно или отсутствуют
Гипертензионно-гидроцефальные признаки	Выражены ярко, доминируют в клинической картине	Слабо выражены или отсутствуют
Очаговая неврологическая симптоматика	Зависит от локализации абсцесса, характеризуется непостоянством	Выражена четко, часто наслаивается на другую церебральную патологию
Нейроофтальмологическое исследование	Застойные диски зрительных нервов, кровоизлияния в сетчатку	Ретинопатия (гипертоническая, диабетическая и др.)
Электроэнцефалография	Диагностическая ценность минимальна	Диффузные изменения биопотенциалов, очаговая ирритация различного генеза.

Критерии	Дети	Лица пожилого возраста
Эхоэнцефалография	Смещение М-эхо, признаки внутричерепной гипертензии.	Дислокация срединных структур головного мозга
Краниография	Пальцевые вдавления, незаращение швов, деструкция турецкого седла, асимметрия черепа. Часто риносинусная патология	Не представляет диагностической ценности за исключением распознавания ЧМТ
Спинномозговая пункция	Ликворное давление повышено, нейтрофильно-лимфоцитарный цитоз или белково-клеточная диссоциация	Ликворное давление нормальное, может быть белково-клеточная диссоциация или цитоз
Церебральная ангиография	Дислокация церебральных сосудов, симптом «бокала»	Смещение мозговых сосудов, бессосудистая зона
Компьютерная томография	Наличие объемного образования, фигура «кольца», перифокальный отек	Наличие объемного образования, контрастирование позволяют выявить капсулу АГМ – «корона-эффект»
Магнитно-резонансная томография	Позволяет четко определить место расположения гнойно-воспалительного процесса, перифокальный отек, компрессию желудочков	Аналогичные данные
Первоисточник АГМ	Чаще оториносинусогенные, метастатические, кардиогенные	Чаще контактные, травматические или метастатические
Объем АГМ	100-250 см ³ .	50-70 см ³ .
Капсула	Тонкая, рвется во время операции	Плотная
Предпочтительный метод хирургического лечения	Пункционный, эндоскопический	Тотальное удаление АГМ вместе с капсулой, реже пункционный
Результаты лечения	Неврологическая симптоматика нивелируется быстро	Остается стойкий неврологический дефицит

Заключение

Как показывает анализируемый материал клиническое проявление, течение и данные вспомогательных методов исследования при АГМ у детей и пожилых людей имеют ряд общих признаков. В то же время выявляются

отличительные особенности свойственные различным возрастным группам. Знание их необходимы для более ранней диагностики и своевременного эффективного лечения.

Литература

1. Благовещенская, Н.С. Клиника и дифференциальная диагностика риносинусогенных абсцессов головного мозга / Н.С. Благовещенская, В.И. Ростоцкая, Н.З. Мухамеджанов // *Вопр. нейрохир.* – 1992. – № 6. – С. 24-25.
2. Лебедев, В.В. Неотложная нейрохирургия / В.В. Лебедев, В.В. Крылов. – М.: Медицина, 2000. – 568 с.
3. Мехди Аффи. Хирургическое лечение абсцессов головного мозга / Аффи Мехди, А.Ф. Смеянович // *Здравоохран.* – 1996. – № 10. – С. 14-16.
4. Практическая нейрохирургия. – С.-Пб.: «Гиппократ», 2002. – 647 с.
5. Протас, Р.Н. Клиника, диагностика и лечение абсцессов головного мозга / Р.Н. Протас // *Мед.новости.* – 2000. – № 1. – С. 34-37.
6. Протас, Р.Н. Абсцессы мозга отоларингологической природы / Р.Н. Протас, Л.В. Сирож // *Материалы 4 съезда отоларингологов Республики Беларусь.* – Минск, 1996. – С. 74.
7. Ростоцкая, В.И. Этиология абсцессов головного мозга у детей / В.И. Ростоцкая, З.Н. Убайдуллаева, Т.Н. Перцева // *Вопр. нейрохир.* – 1987. – № 1. – С.35-38.
8. Шанько, Г.Г. Неврология детского возраста / под ред. Г.Г. Шанько, Е.С.Бондаренко. – Минск: «Вышэйшая школа», 1990. – 560 с.
9. Bernays, R.L. Dynamic changes during evacuation of a left temporal abscess in open MRI / R.L. Bernays, S.S. Kollias, Y. Yonekawa // *Neuroradiology.* – 2002. – Vol. 44, N 5. – P. 438-442.
10. Bhand, A.A. Brain abscess - diagnosis and management / A.A. Bhand // *J. Coll. Physicians Surg. Pak.* – 2004. – Vol. 14, N 7. – P. 407-410.
11. Brain stem abscesses in childhood / T. Suzer [et al.] // *Childs Nerv Syst.* – 2005. – Vol. 21, N 1. – P. 27-31.
12. Brain abscess in childhood / F. Theophilo [et al.] // *Childs Nerv Syst.* – 1985. – Vol. 1, N 6. – P. 324-328.
13. Brain abscess: clinical analysis of 53 cases / P.T. Kao [et al.] // *J. Microbiol Immunol Infect.* – 2003. – Vol. 36, N 2. – P. 129-136.
14. Fritsch M. Endoscopic treatment of brain abscess in children / M. Fritsch, K.H. Manwaring // *Minim Invasive Neurosurg.* – 1997. – Vol. 40, N 3. – P. 103-106.
15. Heran N.S. Conservative neurosurgical management of intracranial epidural abscesses in children / N.S. Heran, P. Steinbok, D.D. Cochrane // *Neurosurgery.* – 2003. – Vol. 53, N 4. – P. 893-897.
16. Intracranial infection associated with preseptal and orbital cellulitis in the pediatric patient / D. Reynolds [et al.] // *J. AAPOS.* – 2003. Vol.7, N 6. – P. 413-417.
17. Intracranial abscess and empyemas from E.N.T. origin / C. Page [et al.] // *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac.* - 2005. Vol.122, N 3. – P. 120-126.

18. Kiyamaz, N. Spontaneous cervical paraspinal and epidural giant abscess in a child / N. Kiyamaz, O. Demir // *Neurol Med Chir.* – 2005. – Vol. 45, N 10. – P. 540-542.

19. The treatment of cerebral abscesses in children / E. Nowoslawska [et al.] // *Neurol Neurochir Pol.* – 2001. – Vol. 35, N 5. – P. 8-12.