

2015-92

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
БИШКЕКСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ
КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ им.Б.Н.ЕЛЬЦИНА**

Диссертационный совет Д.14.15.503

**На правах рукописи
УДК: 616.831-002.3-07-089**

МАМАШАРИПОВ КЫЛЫЧБЕК МАМАДАЛИЕВИЧ

**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ
АБСЦЕССОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

14.01.18 - нейрохирургия

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Бишкек - 2015

Работа выполнена в Ошской городской клинической больнице и на кафедре нейрохирургии до- и последипломного образования Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева.

Научный руководитель: доктор медицинских наук,
профессор Ырысов К.Б.

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Дюсембеков Е.К.
(г. Алматы, Республика Казахстан)

кандидат медицинских наук
Мендибаев К.Т. (г. Бишкек)

Ведущее учреждение: Казахский Национальный медицинский
университет им. С. Д. Асфендиярова
(г. Алматы, Республика Казахстан).

Защита диссертации состоится «19» марта 2015 года в 14⁰⁰ часов на заседании диссертационного совета Д 14.15.503 при Бишкекском научно-исследовательском центре травматологии и ортопедии и Кыргызско-Российском Славянском университете им.Б.Н.Ельцина (720027, г.Бишкек, ул. Кривоносова, 206).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии (720027, г.Бишкек, ул. Кривоносова, 206).

Автореферат разослан "8" марта 2015 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук



Б. С. Анаркулов

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации

Абсцессом головного мозга называется скопление гноя в его веществе, более или менее ограниченное от окружающих тканей. Наиболее часто внутричерепные абсцессы являются внутримозговыми, реже - эпидуральными или субдуральными, прилегая в последних случаях к твердой мозговой оболочке или коре мозга [Григорьев Г.М. с соавт., 2007; Мамытов М. М. с соавт., 2012; Chun C.H. et al., 2009; Honda H. et al., 2010; Erkan M. et al., 2012].

Разностронность манифестации клинической картины, высокая частота диагностических ошибок и крайне неблагоприятные исходы лечения делают проблему диагностики и лечения АГМ актуальной в течении длительного времени. С проблемой диагностики и лечения АГМ занимаются различные специалисты, включая нейрохирургов и ЛОР-врачей, невропатологов и кардиологов, травматологов и других [Митин Ю.В. с соавт., 2005; Волощук С.Я., 2009; Beller A.J. et al., 2010; Mann G.S. et al., 2011].

Положительная тенденция в улучшении диагностики и лечения АГМ обусловлена появлением и разработкой новых методов инструментальной диагностики (начиная пневмоэнцефалографией и ангиографией заканчивая компьютерной томографией, нейросонографией и магнитно-резонансным исследованием). Результаты лечения имеют такую же тенденцию. Смертность среди больных с АГМ до внедрения антибиотиков достигала до 75-100%, а появление и широкое использование антибиотиков снизила смертность до 30-50%. Разработка и внедрение новых эффективных антибиотиков, достижения в совершенствовании методов лечения, оптимизация нейрохирургической тактики, улучшение анестезиологических и реанимационных пособий не привели к дальнейшему снижению смертности, а улучшение в этом направлении замедлилось [Богданов К.Г., 2001; Миразизов К.Д. с соавт., 2008; Amar M.S. et al., 2010; Honda H. et al., 2010].

В настоящее время наиболее точными и информативными диагностическими методами нейровизуализации при АГМ стали компьютерная томография и магнитно-резонансная томография головного мозга. Однако, обращает на себя внимание тот факт, что работы указанных выше отечественных авторов имеют значительный срок давности (более 25 лет) и не содержат сведений об использовании современных методов диагностики, таких например, как компьютерная томография и магнитно-резонансная томография [Шустер М.А. с соавт., 2001; Муратов Н.И. с соавт., 2004; Пискунов И. С., 2008; Трофимова Т.Н. с соавт., 2010; New P.F.J. et al., 2007; Jiannetto D.F. et al., 2009].

Особо остро стоят вопросы диагностики и лечения абсцессов головного мозга. Связано это с особенностями клинических проявлений абсцессов, с

различиями компенсаторных возможностей человеческого организма, со своеобразиями их реакций на внутричерепной объемный воспалительный процесс и на различные хирургические манипуляции. Затрудняет выработку оптимальных методов диагностики и лечения малочисленность наблюдений абсцессов мозга в руках одного исследователя или учреждения [Маркин С.А. с соавт., 2005; Дерюгина О.В. с соавт., 2007; Lerosey Y. et al., 2008; Chung T.T. et al., 2009].

Цель исследования. Повышение эффективности лечения при абсцессах головного мозга путем разработки комплекса диагностических и лечебных мероприятий.

Задачи исследования:

1. Выяснить сравнительное значение основных этиологических факторов возникновения абсцессов головного мозга.
2. Изучить особенности клинических проявлений абсцессов головного мозга зависимости от их этиологии.
3. Выяснить диагностические возможности дополнительных методов обследования при абсцессах мозга, разработать эффективный диагностический комплекс для выявления абсцессов головного мозга
4. Разработать дифференцированный подход к выбору методов лечебных мероприятий с учетом локализации и размеров абсцессов мозга, а также состояния пациентов.
5. Сравнительный анализ эффективности различных методов лечения абсцессов головного мозга и изучение причин послеоперационной летальности пациентов.

Научная новизна полученных результатов:

1. В работе уточнена этиология абсцессов головного мозга. Определён удельный вес каждой из исследованных форм абсцессов головного мозга.
2. Изучены особенности клинического проявления заболевания в зависимости от тяжести состояния больных и локализации процесса.
3. Проведен анализ комплекса различных диагностических методов исследования.
4. Изучена эффективность различных методов лечения абсцессов: тотального удаления, пункционного и комбинированного (пункционного с последующим удалением абсцесса).
5. Разработаны показания к лечению абсцессов головного мозга с использованием вышеуказанных методов.

Практическая значимость полученных результатов:

1. Результаты проведенного нами исследования показали, что гнойные ЛОР-болезни, чаще всего гнойный отит и синуситы стали основной причиной

формирования абсцессов головного мозга. Профилактика абсцессов головного мозга может заключаться в своевременном начале лечения этих заболеваний.

2. Использование дополнительных диагностических методов исследования, таких как компьютерная томография и магнитно-резонансная томография, в случаях наличия в анамнезе у пациентов гнойного очага и появлении фокальных симптомов способствует ранней диагностике абсцессов головного мозга и своевременному началу лечения.

3. Выбор метода хирургического лечения абсцессов головного мозга (использование тотального удаления абсцесса, пункционного или комбинированного метода) должен основываться на строгий учет показаний и противопоказаний к их произведению. Эффективность лечения абсцессов головного мозга может быть достигнута лишь таким подходом и сочетанием хирургического метода лечения с послеоперационным антибактериальным, противоотечным и общеукрепляющим лечением.

Экономическая значимость полученных результатов

Включает возможность получения медико-социальной эффективности при использовании разработанных методов лечения больных с абсцессами головного мозга.

Раннее применение высокоинформативных, достоверных методов диагностики абсцессов головного мозга позволяет улучшить топическую диагностику, соответственно позволяет улучшить дифференцированный подход с применением патогенетических методов комплексного лечения.

Использование рациональных методов диагностики и патогенетического лечения при абсцессах головного мозга позволяют снизить летальность и сократить продолжительность стационарного лечения.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Клиническая картина абсцессов головного мозга включает в себя повышение внутричерепного давления, инфекционно-токсические, фокальные и дислокационные симптомы.
2. Основу диагностики абсцессов головного мозга составляет клиническое обследование с использованием дополнительных методов исследования. Наиболее информативными и неинвазивными методами диагностики абсцессов головного мозга являются компьютерная и магнитно-резонансная томографии головного мозга.
3. Для повышения эффективности лечения абсцессов головного мозга должен быть использован комплексный подход, состоящий из хирургического лечения в сочетании интенсивной антибактериальной, противоотечной и общеукрепляющей терапией.
4. Вариантами хирургического метода лечения абсцессов головного мозга могут быть: тотальное удаление капсулы абсцесса, которое показано, если хорошо сформирована капсула абсцесса, состояние больного сравнительно удовлетворительное; комбинированное лечение, которое выполняется путем тотального удаления абсцесса после предварительной пункции или

дренирования гнойного содержимого абсцесса, и показано, когда состояние пациента тяжелое и обнаружены большие абсцессы; пункционное удаление абсцесса, как самостоятельный метод вмешательства, которое может быть применено в случаях недостаточно сформированной капсулы абсцесса, текущего менингоэнцефалита, тяжелого общего состояния больных, больших абсцессов и глубинного их расположения.

Личный вклад соискателя

Личное участие соискателя охватывает разработку новых способов лечения абсцессов головного мозга с внедрением клиническую практику пункционного метода хирургического лечения и внутриартериального введения антибиотиков в послеоперационном периоде. Набор и обработка клинического материала осуществлены лично автором, диссертант принимал активное участие в обследовании и лечении больных.

Апробации результатов диссертации

Основные положения, полученные в результате исследования, доложены на: Республиканской научно-практической конференции неврологов и нейрохирургов Кыргызстана (2011 г.); Сибирском Международном нейрохирургическом форуме (2012 г.); Республиканском конгрессе анестезиологов и реаниматологов Кыргызской Республики с Международным участием (2012 г.); Евразийском конгрессе и II съезде травматологов и ортопедов Кыргызской Республики (2012 г.); II съезде нейрохирургов Республики Казахстан с Международным участием (2012 г.); объединенном заседании сотрудников кафедры нейрохирургии до- и последиplomного образования КГМА им. И.К. Ахунбаева, отделений нейрохирургии и нейротравматологии Национального Госпиталя Минздрава Кыргызской Республики (2013 г.); Ученом Совете БНИЦТО (2014 г.).

Внедрение результатов исследования

Результаты клинического исследования внедрены с 2010 года в практическую деятельность отделений нейрохирургии Ошской городской клинической больницы, Ошской межобластной объединенной клинической больницы и в нейрохирургическом отделении Жалал-Абадской областной больницы.

Материалы диссертационной работы приняты кафедрой нейрохирургии до- и последиplomного обучения КГМА им. И.К. Ахунбаева, кафедрой травматологии и ортопедии медицинского факультета ОшГУ для практического использования в учебном процессе при подготовке студентов и специалистов последиplomного уровня.

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях

По теме диссертации опубликовано 14 научных работ, получены 2 удостоверения на рационализаторские предложения, выданные в патентном

отделе КГМА им И.К. Ахунбаева («Способ хирургического лечения абсцессов головного мозга». - №21/12. – от 04.05.2012 г.; «Способ внутриартериального введения антибиотиков при абсцессах головного мозга» - №22/12. – от 04.05.2012 г.).

Структура и объем диссертации

Материалы диссертации изложены на 130 страницах компьютерного набора шрифтом Times New Roman, кириллица (размер 14, интервал 1,5).

Работа состоит из введения, обзора литературы, трех глав собственного исследования, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованных источников, содержащего 161 источников, из них 90 авторов дальнего зарубежья. Работа иллюстрирована 9 таблицами и 10 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Глава 1. Очаговые поражения головного мозга связанные с внутричерепными абсцессами (обзор литературы). В этой главе излагаются современные представления об эпидемиологии, этиологии, патогенезе, гистопатологии, клинической картине абсцессов головного мозга, даны современные тенденции в инструментальной диагностике и лечении больных с абсцессами головного мозга.

Глава 2. Материал и методы исследования

Настоящее исследование проводилось на клинической базе кафедры нейрохирургии Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева и в отделении нейрохирургии Ошской городской клинической больницы. За период с 1989 по 2012 годы были обследованы и пролечены 104 пациентов с абсцессами головного мозга. Мужчин среди обследованных было 78 человек (75,0±3,7%), женщин - 26 (25,0±5,2%). Возраст пострадавших колебался в пределах от 15 до 84 лет.

Собственные исследования проведены у 104 пациентов, находившихся на стационарном лечении. Распределение наших больных по возрасту и полу представлено в таблице 1.

Таблица 1 - Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Возраст (годы)				Всего		
	до 19	20-39	40-59	60 и <	абс.	M±m%	
Мужчины	14	34	28	5	78	75,0±3,7	
Женщины	4	11	6	2	26	25,0±5,2	
Всего	абс.	18	45	34	7	104	100,0
	M±m%	17,3±2,1	43,3±4,3	32,7±4,9	6,7±3,6	100	100,0±0,0

Анализ архивного материала включал изучение данных пациентов, выписанных из отделений нейрохирургии, у которых выявлены абсцессы головного мозга.

Проведенное в стационаре комплексное клиническое обследование поступивших больных включало тщательный общесоматический и неврологический осмотр, а также осмотр глазного дна врачом-нейроофтальмологом.

Нами проведена сравнительная оценка степени патологических изменений по результатам компьютерно-томографических и магнитно-томографических и других дополнительных клинических исследований путем сопоставления полученных архивных данных из историй болезней, обследованных нами пациентов.

По линии скорой помощи доставлено в стационар 49 больных (47,1±4,8%), а остальные попутным транспортом. Клиническая характеристика пострадавших с абсцессами головного мозга соответствовала сдавлению головного мозга с развитием очаговой симптоматики и менингеальному синдрому.

Всем больным при поступлении были проведены клиничко-неврологическое исследование, затем компьютерная томография (КТ) головного мозга и/или магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга, по показаниям пациенты были оперированы в течение первых суток с момента поступления в стационар.

Таблица 2 - Степень нарушения сознания больных до операции

Нарушение сознания	Всего больных		P
	абс.	M±m%	
Ясное	44	42,3±3,7	<0,05
Оглушение	29	27,9±5,1	>0,05
Сопор	14	13,5±6,2	<0,05
Кома	17	16,3±4,3	<0,05
Итого	100	100,0±0,00	

Из 104 больных 17 (16,3±4,3%) в момент поступления были в коматозном сознании. Из приведенной таблицы 2 видно, что 31 больной (29,8±5,4%) поступил в стационар в тяжелом, в крайне тяжелом или терминальном состоянии.

Методы исследования. В первые сутки поступления пациентов с абсцессами головного мозга на стационарное лечение в отделения нейрохирургии Ошской городской клинической больницы и Ошской межобластной объединенной клинической больницы нами проводились основные клиничко-неврологические методы исследования.

В основном все больные с абсцессами головного мозга поступили в клинику нейрохирургии по линии скорой медицинской помощи. Проведенное в стационаре комплексное клиническое обследование поступивших больных включало тщательный общесоматический и неврологический осмотр, а также осмотр врача-офтальмолога.

Диагностическая спинномозговая пункция. Спинномозговая пункция (СМП) является важным диагностическим методом, характеризующим высоту внутричерепного давления. Наличие или отсутствие явлений менингита или менингоэнцефалита указывала на степень тяжести болезни.

СМП с диагностической целью была произведена у 26 (25,0±7,2%) из 104 поступивших больных с абсцессами головного мозга.

Эхоэнцефалография (ЭхоЭГ). ЭхоЭГ была проведена у 39 (37,5±6,8%) наших больных с абсцессами головного мозга. В течение первых двух часов после травмы метод был проведен у 14 (13,5±3,7%) больных, в первые сутки - у всех остальных. При подозрении на абсцесс головного мозга особое внимание обращалось на смещение срединного эхосигнала и выявление «характерного эхо» (сигнал от абсцесса). Последнее определяется на стороне расположения абсцесса после начального комплекса. Во всех возрастных группах ЭхоЭГ позволила определить сторону поражения при абсцессах головного мозга (32 больных - 30,8±4,1%).

Компьютерная томография головного мозга. В последнее время в числе других дополнительных методов исследования при абсцессах головного мозга все шире применяется метод КТ. Метод КТ являясь нетравматичным и безопасным исследованием, характеризуется высокой точностью распознавания внутричерепных абсцессов головного мозга.

При использовании этого метода стала возможной визуализация внутричерепных объемных образований без дополнительного применения контрастных и радиоактивных веществ. КТ являлся наиболее информативным методом обследования нейрохирургических больных. Выделены прямые и косвенные признаки наличия на компьютерных томограммах внутричерепных абсцессов головного мозга. К прямым признакам относится наличие внутричерепного ограниченного субстрата, имеющего различную плотность и локализацию по отношению к оболочкам и внутримозговым структурам. К косвенным признакам относятся компрессионные дислокации смещения мозга. Этот метод исследования был проведен у 33 (31,7±5,3%) больных.

Магнитно-резонансная томография головного мозга. Наряду с КТ ведущим методом неинвазивного распознавания внутричерепных абсцессов головного мозга стала МРТ головного мозга. Этот метод позволяет выявлять даже изоденсивные объемные образования. Отсутствие для МРТ рентгеновского барьера изоденсивных тканей дает возможность разграничивать структуры с различным содержанием воды и различными магнитными свойствами в широких пределах. МРТ головного мозга способна выявлять

структуру абсцесса, её капсулу и другие особенности гнойника. Чётко визуализируется сопровождающий перифокальный отек головного мозга.

МРТ исследование головного мозга было проведено у 71 (68,3±4,3%)

больных. Объем выполненных исследований у больных с абсцессами головного мозга представлен в таблице 3.

Таблица 3 - Методы исследования и их объем у больных с абсцессами головного мозга (n=104)

Метод	Обследовано больных		P
	абс.	M±m%	
Неврологическое исследование	104	100±0,00	<0,05
Осмотр глазного дна	72	71,2±8,1	<0,05
Диагностическая спинномозговая пункция	26	25,0±4,4	<0,05
Эхоэнцефалография	39	37,5±3,9	<0,05
Компьютерная томография	33	31,7±4,2	<0,05
Магнитно-резонансная томография	71	68,3±4,3	<0,05

Из таблицы 3 видно, что комплексная диагностика абсцессов головного мозга включает в себя неврологическое исследование, нейроофтальмологическое исследование, диагностическую спинномозговую пункцию, эхоэнцефалографию, компьютерную и магнитно-резонансную томографию.

В ходе проведения данного исследования все наши больные были разделены на 2 группы. 1-я группа больных из 50 человек получала традиционное лечение т.е. производилось тотальное удаление абсцессов головного мозга (контрольная группа), а 2-я группа больных из 50 человек (основная группа) получала лечение согласно предложенной нами методике лечения с пункционным (36 пациентов) и комбинированным (18 пациентов) удалением абсцессов головного мозга и внутриартериальным введением антибиотиков в послеоперационном периоде.

Глава 3. Клиническая картина и диагностика абсцессов головного мозга

Первичные гнойные очаги, послужившие источником инфекции в головном мозге, установлены у 87 больных (83,7±6,5%); только у 17 (16,3±2,9%) – установить первичный гнойный очаг, послуживший причиной абсцесса головного мозга, не удалось. Основной причиной развития абсцесса головного мозга явились гнойные отоларингологические заболевания (у 46 больных – 52,9±6,6%), главным образом у пациентов молодого возраста. Причем, самым частым гнойным отоларингологическим заболеванием был отит и синусит. В наших наблюдениях количество абсцессов мозга торакогенного происхождения имело место лишь у 7 (8,0±4,3%) больных. Другими причинами, вызвавшими

развитие абсцесса головного мозга, являлись: черепно-мозговая травма, ОРЗ, менингит и пневмония.

Микрофлора абсцессов головного мозга исследована у 74 (71,2±5,8%) больных в лаборатории бактериологии (ЦГСЭН г.Ош). У большинства больных (18 наблюдений – 24,3±6,9%) при первичном посеве гноя был выделен стафилококк, чаще *Staphylococcus aureus*. Число стрептококковых абсцессов составило всего 12 (16,2±1,7%). В 13,5±2,6% посева гноя были стерильными и в таком же числе наблюдений были выделены неидентифицируемые виды возбудителей. У 8 пациентов (10,8±3,3%) при посеве гноя из абсцесса были определены *Candida albicans*, *Proteus mirabilis*, *Enterobacter aerogenosa*.

Нами проведен анализ продолжительности заболевания наших больных хроническим средним отитом. В большинстве случаев (почти 50%) гнойный средний отит, послуживший причиной АГМ, имел многолетний анамнез. В то же время у части наших пациентов (18 больных – 17,3±3,4%) продолжительность заболевания средним гнойным отитом была менее 12 месяцев. Продолжительность заболевания острым гнойным средним отитом в сроки от 2 недель до одного месяца отмечена у 9 (8,7±2,2%) больных. Следует еще раз подчеркнуть, что АГМ по причине острого гнойного среднего отита чаще всего встречались у пациентов молодого возраста (26 из 46, что составляет 56,5±4,7%), в сравнении с больными пожилого возраста.

Таким образом, из всего количества наших пациентов 77 (74,0±8,1%) страдали хроническим гнойным средним отитом. Так же следует отметить, что причиной АГМ в 69 (66,3±7,2%) случаях явились хронические гнойные эпитимпаниты и мезоэпитимпаниты.

Важными в клинической диагностике АГМ было наличие общемозговых симптомов, менингеального синдрома, общеинфекционных и фокальных симптомов, а также изменения со стороны ликвора и данные КТ и/или МРТ исследования головного мозга. Следует отметить, что в наших наблюдениях не всегда мы сталкивались с классической клинической картиной абсцесса головного мозга. Лишь у 82 (78,8±6,8%) пациентов нами отмечена характерная клиническая картина абсцессов головного мозга.

Анализ локализации абсцессов показал, что абсцессы головного мозга отмечены в лобной доле мозга в 17 (16,3±3,2%) случаях, височной доле мозга – 19 (18,3±3,7%), теменной доле мозга – 45 (43,3±5,4%), затылочной доле – 10 (9,6±2,8%), в мозжечке – 13 (12,5±3,0%). Кроме этого, в 6 (5,8±2,1%) случаях нами отмечены множественные абсцессы полушарий мозга и в 3 (2,9±1,7%) случаях мозжечка.

Следует особо отметить, что у 43 (41,3±6,8%) пациентов наряду с абсцессами головного мозга имелись воспалительные изменения оболочек

мозга. Так, менингоэнцефалит отмечался у 23 (22,1±3,4%) пациентов с абсцессами полушарий мозга, менингит – у 18 (17,3±2,6%) пациентов, а тромбоз сигмовидного синуса – у 2 (1,9±0,8%) пациентов. Подобное сочетание абсцессов головного мозга с другими интракраниальными воспалительными осложнениями создавало значительные диагностические трудности при абсцессах головного мозга.

Менингеальный синдром (ригидность мышц затылка и симптом Кернига) обнаружен у 78 из 104 больных (75,0±8,2%), что составляет больше половины наших наблюдений. При этом ригидность мышц затылка преобладала у 18 больных (23,1±2,6%) над выраженностью симптома Кернига. У пациентов в крайне тяжелом состоянии при наличии адинамии и арефлексии менингеальный синдром отсутствовал.

В связи с крайне тяжелым состоянием судить о наличии очаговой симптоматики практически было невозможно у 27 (26,0±4,4%) больных. В общем, можно констатировать, что выраженность симптомов поражения полушарий мозга тем значительней, чем старше пострадавшие. Так, гемипарез и гемиплегия выявлены у 26 (25,0±4,1%) обследованных. Выраженные нарушения чувствительности также выявлены только у 9 (8,7±2,7%) больных.

Сравнительно редко при абсцессах головного мозга отмечались эпилептические припадки, которые наблюдались у 34 (32,7±4,0%) из 104 наших больных. Припадки, как правило, носили общий характер только у 8 больных (23,5±3,7%) с абсцессом головного мозга, а у остальных – припадок носил очаговый характер (судороги, подергивания в конечностях). Припадки быстро сменялись симптомами выпадения, после них нарастала выраженность пареза.

Среди методов, характеризующих состояние внутричерепного давления у больных, важное значение принадлежало офтальмологическому исследованию. Исследование глазного дна в нашей работе проведено у 72 (71,2±8,1) больных, поступивших с абсцессами головного мозга. Осмотр нейроофтальмолога выявил изменения на глазном дне у 44 (61,1±4,6%) пациентов. У 28 (38,9±7,2%) осмотр глазного дна не выявил никаких изменений. В 15 (20,8±6,4%) случаях обнаружено расширение вен сетчатки, в 9 (12,5±4,9%) – начальные признаки застоя дисков зрительных нервов, у 13 (18,1±6,3%) – выраженные застойные диски зрительных нервов, а у 7 (9,7±5,6%) – осложненные застойные диски зрительных нервов обоих глаз.

У 11 больных из 26 больных (42,3±2,8%) при люмбальной пункции был обнаружен мутный ликвор. В то же время у 6 (23,1%) больных в первые часы после госпитализации изменения в СМЖ не были обнаружены. При люмбальной пункции особое внимание уделялось не только макро- и микроскопической характеристике ликвора, но и определению ликворного давления, которое косвенно отражало состояние внутричерепного давления.

Анализ ликвора показал, что у 23 (88,5±5,9%) из 26 пунктированных больных обнаружена картина выраженного гнойного менингоэнцефалита, что проявлялось наличием менингеального синдрома и выраженного плеоцитоза (более 500-1000 клеток в 1 мм³).

Уровень содержания белка в ликворе у больных с абсцессами головного мозга обычно колебался в пределах 0,160-1,68 г/л при различных показателях цитоза. Белково-глобулиновые реакции Панди и Нонне-Аппельта, как правило, были положительными. У 13 пациентов высокий уровень содержания белка в СМЖ сопровождался с выраженным плеоцитозом.

Эхоэнцефалографический метод, использованный нами при обследовании 39 (37,5±6,5%) с абсцессами головного мозга показал, что величина смещения срединных структур при эхондировании головного мозга была минимальна при менингитах, менингоэнцефалитах и максимальна при абсцессах полушарий головного мозга.

В наших наблюдениях сочетание абсцесса головного мозга с менингоэнцефалитом отмечено в 23 (22,1±4,3%) случаях. В то же время у 20 (19,2±3,2%) пациентов обнаружено сочетание абсцесса головного мозга с другими интракраниальными осложнениями, такие как менингиты и синустромбозы.

КТ/МРТ исследование головного мозга позволило нам проследить стадии формирования абсцесса, начиная от энцефалитического очага до образования абсцесса с четко определяемой капсулой. Ранняя стадия развития абсцесса характеризовалась зоной пониженной плотности без четких границ и явлениями легкого перифокального отека. Расплавление, некроз мозговой ткани вследствие развившегося перифокального отека позволяло нам различить очертания капсулы абсцесса, хотя на этой стадии она почти идентична с плотностью неизменной мозговой ткани. Введение контрастного средства на данной стадии образования абсцесса позволяет более четко увидеть капсулу.

Глава 4. Принципы терапии при абсцессах головного мозга

Для лечения больных с абсцессами головного мозга нами использовались следующие методы: 1) тотальное удаление абсцессов головного мозга, 2) пункционный метод, 3) комбинированный метод (пункционный метод или дренирование абсцесса с последующим тотальным удалением его).

Хирургический метод лечения применен во всех случаях т.е. у 104 больных. Консервативный метод лечения, как самостоятельный метод при абсцессах головного мозга, нами не применялся, а был дополнительным в дооперационном и послеоперационном периодах.

Для удаления абсцессов головного мозга, нами применялись все три нейрохирургических доступа. КППЧ выполнена в 53 случаях (51,0±7,4%), РТЧ – в 15 (14,4±3,8%) и удаление абсцессов головного мозга через расширенные фрезевые отверстия – в 36 случаях (34,6±5,5%).

Тотальное удаление абсцессов головного мозга произведено 50 (48,1±5,7%) больным, находившимся в удовлетворительном состоянии или состоянии средней тяжести при хорошо сформированной капсуле абсцесса. Показаниями к тотальному удалению абсцессов мозга у больных явились: одиночные крупные абсцессы с хорошо сформированной капсулой; множественные абсцессы, расположенные компактно (гроздевидная форма); локализация абсцессов в хирургически доступных областях мозга; относительно компенсированное состояние больных, отсутствие выраженных явлений менингоэнцефалита, венрикулита; неэффективность других методов лечения.

Тотальное удаление абсцессов мозга было предпринято в 50 (48,1±5,7%) наблюдениях. У 32 (64,0±6,8%) больных удалось удалить абсцесс тотально без вскрытия капсулы, у 18 (36,0±4,4%) – капсула была вскрыта (в 10 - 20,0±3,8% наблюдениях целенаправленно в связи с большими размерами абсцессов и угрозой разрыва, а в 8 - 16,0±4,2% наблюдениях спонтанно – разрыв стенки абсцесса). Прямой зависимости развития после операции менингоэнцефалита от того вскрывалась или нет капсула абсцесса нам установить не удалось. Положительный результат удаления абсцессов отмечен в 29 (58,0±6,3%) наблюдениях.

Рецидив абсцессов мозга после удаления отмечен в 3 (6,0±2,3%) наблюдениях. Они отмечены как в ранние сроки (3 недели), так и в отдаленные (8-12 месяцев). Ранние рецидивы, по-видимому, являются не истинными рецидивами, а проявлением быстрого прогрессирования «дочернего» абсцесса, не диагностированного ни до операции, но и во время вмешательства.

Пункционный метод лечения применен нами как самостоятельный метод в 36 (34,6±4,7%) наблюдениях с положительным исходом у 33 (91,7±8,2%), у 5 (13,9±2,7%) больных перед дренированием в связи с безуспешностью аспирационного метода и у 8 (22,2±4,6%) больных до удаления абсцесса по тем же показаниям (Рац. предложение: Способ хирургического лечения абсцессов головного мозга. - КГМА им. И.К.Ахунбаева. -№21/12. – от 04.05.2012 г.). Целью нашей разработки являлось сохранение целостности черепа путем выполнения трепанационных отверстий, что предотвращает рецидивы АГМ, удобно и просто в выполнении и не требует специальных приспособлений.

Данный способ лечения АГМ может быть использован при ранних абсцессах, при наличии рыхлой, недостаточно сформированной капсулы, с применением пункционного опорожнения гнойной полости с последующим ее дренированием приточно-отточной системой. Для промывания полости абсцесса нами использовался изотонический раствор натрия хлорида с добавлением в него антибиотиков, разрешенных к применению на открытом мозге (канамицина, левомицетина гемисукцината, цефалоспоринов, аминогликозидов).

Пункционную аспирацию целесообразно применять на начальных этапах лечения (одновременно с проведением антибиотикотерапии), особенно в стадии энцефалита (церебрита), при стабильном неврологическом состоянии больного, а также в случае глубокого расположения абсцесса (метод выбора) или при множественных абсцессах.

Этот метод лечения показанный нами выполнялся при тяжелом состоянии больных, пациентам пожилого возраста, при крупных абсцессах, глубинно расположенных, абсцессах с несформировавшейся капсулой и сопутствующих менингите, менингоэнцефалите и перивентрикулярном энцефалите.

При применении пункционного и комбинированного метода и в послеоперационном периоде при явлениях менингоэнцефалита мы стали применять в последние годы способ интракаротидного внутриартериального введения антибиотиков (Рац. предложение: Способ внутриартериального введения антибиотиков при абсцессах головного мозга. - КГМА им. И.К.Ахунбаева. - №22/12. – от 04.05.2012 г.).

Комбинированный метод т.е. тотальное удаление абсцесса с предварительным проведением в основном пункционного метода лечения или дренирования абсцесса применен нами у 18 (17,3±2,8%) больных. Показанием к этому методу лечения служили тяжелое состояние больных, пожилой возраст, большие размеры и глубинное расположение абсцесса.

Общее представление о частоте использования различных способов хирургического лечения дано в таблице 4.

Таблица 4 - Способы хирургического лечения абсцессов мозга и их результаты

Исходы	Способ хирургического лечения			всего
	пункционный	комбинированный	тотальное удаление	
Улучшение	33 (91,7±8,2%)	13 (72,2±6,8%)	42 (84,0±7,7%)	88 (71,2±5,5%)
Умерли	3 (8,3±1,7%)	5 (27,8±3,4%)	8 (16,0±2,5%)	16 (15,4±2,2%)
Итого	36 (34,6±4,7%)	18 (17,3±2,8%)	50 (48,1±5,7%)	104 (100±0,00%)

Как видно из таблицы 4, улучшение в послеоперационном периоде отмечено у 33 (91,7±8,2%) после пункционного удаления АГМ, у 42 (84,0±7,7%) после тотального удаления АГМ и у 13 (72,2±6,8%) при комбинированном методе лечения. Послеоперационная летальность была высокой в группе пациентов, подвергнутых комбинированному методу лечения - 5 (27,8±3,4%), среди пациентов после тотального удаления - 8 (16,0±2,5%), и самые низкие показатели летальности отмечены после пункционного удаления АГМ - 3 (8,3±1,7%).

В некоторых случаях (7 пациентов – $6,7 \pm 2,6\%$) после завершения радикальной операции по поводу абсцесса головного мозга, в качестве второго этапа операции оториноларингологи выполняли оперативные вмешательства на придаточных пазухах носа или на ухе.

В послеоперационном периоде наши пациенты с абсцессом мозга продолжали дальнейшее лечение, направленное на воздействие инфекционному процессу посредством использования антибиотиков, местной санации (в полость удаленного абсцесса) путем введения антисептических средств, дегидратационного лечения, дезинтоксикационной терапии и симптоматического лечения.

Гладкое послеоперационное течение наблюдалось у 78 ($75,0 \pm 6,4\%$) больных. Осложнения со стороны раны в виде остеомиелита имели место у 6 ($5,8 \pm 2,3\%$) больных, гематома в месте ложа абсцесса – у одного больного. У 8 ($7,7 \pm 3,5\%$) больных послеоперационное течение осложнилось развитием менингита, перивентрикулярного энцефалита. Основными причинами этих осложнений явились: разрыв капсулы абсцесса с попаданием гноя в мозговую рану и вскрытие желудочка при удалении абсцесса.

Все выздоровевшие больные выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии с регрессом очаговых и гипертензионных симптомов выписано (75 больных – $72,1 \pm 6,3\%$), а 9 ($8,7 \pm 3,3\%$) пациентов выписаны без заметного регресса очаговой симптоматики, но с уменьшением симптомов внутричерепной гипертензии. В тяжелом состоянии выписано 4 ($3,8 \pm 0,6\%$) больных с явлениями текущего менингоэнцефалита по требованию родственников.

Послеоперационная летальность при нейрохирургическом методе лечения по нашим данным составила $15,4 \pm 4,6\%$ (умерло 16 из 104 оперированных больных).

При сравнении результатов, полученных после традиционного лечения 50 пациентов (контрольная группа) и группы пациентов из 54 человек (основная группа), пролеченных по предложенной нами методике лечения, мы пришли к следующему заключению о том, что новая методика лечения имеет явное преимущество перед традиционной.

Отдаленные результаты известны о 43 ($41,3 \pm 5,4\%$) больных из 104 после операций по удалению абсцесса головного мозга. Срок наблюдения за больными составил от 6 месяцев до 3 лет. Полное выздоровление с отсутствием неврологических симптомов отмечено у 22 ($51,2 \pm 3,7\%$) больных. У 14 ($32,6 \pm 6,9\%$) больных наблюдаются эпилептические припадки, возникшие в отдаленные сроки после операции, у 7 ($16,3 \pm 5,6\%$) – двигательные нарушения в виде моно- или гемипареза.

Результаты пункционного метода лечения абсцессов мозга известны у 18 ($50,0 \pm 5,8\%$) больных из 36. Сроки наблюдения от 6 месяцев до 2 лет. Из них 14 ($77,8 \pm 5,8\%$) – вполне здоровы. Один больной страдает от спастического гемипареза. Трое больных социально адаптированы, однако у них наблюдаются эпилептические припадки.

Таким образом, предлагаемый нами способ повышает эффективность лечения больных с абсцессом мозга и снижает процент послеоперационных осложнений. Этот простой метод обеспечивает высокую эффективность полученных результатов.

ВЫВОДЫ:

1. Абсцессы головного мозга по этиологическим факторам в преобладающем большинстве случаев являлись контактными оториноларингологического (44,2%) происхождения. Наиболее часто из абсцессов высеялись стафилококки (22,1%), затем стрептококки (10,6%) и другая смешанная флора (7,7%). Основная флора абсцессов у больных - *Staphylococcus aureus*.

2. Клинические проявления абсцессов мозга характеризуются большим разнообразием сочетания воспалительных, интоксикационных, гипертензионных, общемозговых и очаговых неврологических проявлений, связанных со стадией формирования и локализацией абсцессов, отграничением или генерализацией гнойного процесса и тяжестью состояния.

3. Ведущее значение в диагностике абсцессов мозга имеют компьютерная и магнитно-резонансная томография, обеспечивающие не только первичную диагностику, но и способствующая выбору индивидуального метода лечения, контролю эффективности лечебных мероприятий.

4. Лечебная тактика при абсцессах мозга определяется многофакторными влияниями стадии абсцесса, его размерами, локализацией, степенью и выраженностью воздействия на мозговые структуры и ликворопроводящие пути; возраста больных, их состоянием, сопутствующей соматической патологией и сопутствующими гнойно-воспалительными осложнениями.

5. Дифференциальный индивидуально-избирательный подход к выбору методов хирургического лечения (тотальное удаление, пункционный метод удаления, комбинированный метод лечения), преемственность их применения с обязательным динамическим контролем эффективности лечебных мероприятий обеспечивает повышение процент выздоровления, снижение послеоперационной смертности и летальности.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Своевременно начатое лечение оториносинусогенных заболеваний (гнойные отиты и гаймориты) может явиться профилактикой абсцесса головного мозга. Абсцессы у большинства пациентов имеют внутримозговую локализацию, могут достигать больших размеров и занимать два и более долей мозга.

2. В основе диагностики абсцессов головного мозга лежит клиническое обследование с привлечением дополнительных методов исследования. Наибольшую диагностическую ценность представляют КТ и МРТ, как наиболее информативный и щадящий метод. Принятие решения о хирургическом вмешательстве без данных исследований крайне нежелательно, так как могут быть выявлены внутричерепные процессы, при которых хирургическое лечение может увеличить риск неблагоприятного исхода.

3. Лечение абсцессов головного мозга должно быть комплексным - хирургическое лечение на фоне интенсивной противовоспалительной, противоотечной и общеукрепляющей терапии.

4. Возможно применение различных хирургических методов лечения абсцессов головного мозга: тотальное удаление абсцесса при хорошо сформированной капсуле абсцесса и сравнительно удовлетворительном состоянии больного; комбинированный метод - тотальное удаление абсцесса с предварительным пункционным методом лечения или дренированием абсцесса при тяжелом состоянии больных, больших абсцессах; пункционный метод лечения абсцессов мозга, как самостоятельный способ лечения, показан при недостаточно сформированной капсуле абсцесса, наличии текущего воспалительного процесса в мозгу, тяжелом общем состоянии больного, при больших, глубоко расположенных абсцессах.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

1. Мамашарипов, К.М. Абсцессы головного мозга: эпидемиология, этиология, патогенез, гистопатология (обзор литературы) [Текст] / К.М. Мамашарипов // Материалы V Всероссийской ежегодной научно-практической конференции с международным участием. – Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ, 2011. – С. 208-213.
2. Мамашарипов, К.М. Абсцессы головного мозга: диагностика и лечение [Текст] / К.Б. Ырысов, Н.А. Арстанбеков, К.М. Мамашарипов // Материалы II Международного конгресса неврологов и нейрохирургов. // Наука и новые технологии, – Чолпон-Ата, 2011 - №6. – С.48-51.
3. Мамашарипов, К.М. Абсцессы головного мозга: хирургическое лечение [Текст] / К.Б. Ырысов, К.М. Мамашарипов // Материалы II Международного конгресса неврологов и нейрохирургов. // Наука и новые технологии, – Чолпон-Ата, 2011 - №6. – С.54-57.
4. Мамашарипов, К.М. Абсцессы головного мозга [Текст]: Учебно-методическое пособие для ВУЗов под ред. К.Б. Ырысова / М.М. Мамытов, К.Б. Ырысов, К.М. Мамашарипов. – Бишкек: Алтын Тамга, 2012. – 30с.
5. Мамашарипов, К.М. Диагностика абсцессов головного мозга [Текст] / К.Б. Ырысов, К.М. Мамашарипов, Б.М. Султанов // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева.- 2012. - №1. – С.144-148.
6. Мамашарипов, К.М. Абсцессы головного мозга: клиническая картина, диагностика, лечение, исходы (обзор литературы) [Текст] / К.М. Мамашарипов // Медицина Кыргызстана.- 2012. - №1. – С.44-47.
7. Мамашарипов, К.М. Сравнительный анализ результатов хирургического лечения больных с абсцессом головного мозга [Текст] / К.М. Мамашарипов // Медицина Кыргызстана.- 2012. - №1. – С.29-32.
8. Мамашарипов, К.М. Особенности диагностики и хирургического лечения абсцессов головного мозга [Текст] / К.М. Мамашарипов // Сибирский международный нейрохирургический форум. – Новосибирск, 2012. – С. 279-280.
9. Мамашарипов, К.М. Результаты нейрохирургического лечения больных с абсцессом головного мозга [Текст] / К.Б. Ырысов, К.М. Мамашарипов // Хирургия Кыргызстана.- 2012. - №2. – С. 58-61.
10. Мамашарипов, К.М. Диагностика и хирургическое лечение отогенных абсцессов головного мозга [Текст] / К.Б. Ырысов, К.М. Мамашарипов / Республиканская научно-практическая конференция неврологов и нейрохирургов Кыргызстана// Наука и новые технологии, - Ош, 2012. - №5. – С. 75-77.

11. Мамашарипов, К.М. Хирургическое лечение абсцессов головного мозга [Текст] / К. М. Мамашарипов // Республиканская научно-практическая конференция неврологов и нейрохирургов Кыргызстана// Наука и новые технологии,- Ош, 2012. - №5. - С.38-41.

12. Kylychbek Mamasharipov Brain abscess: Diagnosis and Surgical Treatment [Текст] / К. Yrysov, М. Mamytov, К. Mamasharipov // 9th Asian Congress of Neurological Surgeons. - Istanbul, Turkey, 2012. – 173p.

13. Мамашарипов, К.М. Результаты комплексного лечения контактных абсцессов головного мозга [Текст] / К.М. Мамашарипов // Ахмет Ясауи Университетинин Хабаршысы (г.Туркестан, Казахстан).- 2013. - №2. – С.255-259.

14. Мамашарипов, К.М. Хирургическое лечение абсцессов головного мозга [Текст] / К.Б. Ырысов, К.М. Мамашарипов, У.К. Дыйканалиев // Вестник КГМА им. И. К. Ахунбаева.- 2013. – Том 1. – С.61-64.

Мамашарипов Кылычбек Мамадалиевичтин «Мээ ириңдерин аныктоонун жана комплекстүү дарылоонун өзгөчөлүктөрү» темасында 14.01.18 –нейрохирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын коргоого диссертациялык ишинин

КОРУТУНДУСУ

Негизги сөздөр: мээ ириңдери, баш мээси, контактуу абсцестер, отиттер, синуситтер, жалпы мээ жана очоктуу мээ белгилери, диагностикалык аныктоо, хирургиялык жол менен дарылоо, акыбеттер.

Изилдөө ченемдери: мээ абсцессинен жабыркаган 104 бейтап. Курактары 15 жаштан 84 жашка чейин. Алардын ичинде эркектер - 78 (75,0%), аялдар – 26 (25,0%) болгон.

Изилдөө ыкмалары: баш мээнин неврологиялык, КТ/МРТ, ЭхоЭГ, жана офтальмологиялык изилдөөлөрү.

Алынган натыйжалар жана алардын жаңылыгы: бул изилдөөнүн максаты чоң клиникалык материалга таянып дарылоонун эффективдүүлүгүн жогорулаткан жана бейтаптардын өлүмгө учуроосун азайткан мээ абсцессин аныктоо жана дарылоо ыкмаларын иштеп чыгуу. Бул эмгек нейрохирургия клиникасында дарыланган 104 бейтаптын баш мээ абсцессинин ар түрдүү хирургиялык дарылоо ыкмаларын салыштырма баалоосуна негизделген. Бейтаптардын курагына жана мээ абсцессинин жайгашкан жерине ылайык ооруунун ар кандай клиникалык өзгөчөлүктөрү изилденген.

Көбүнчө жана жакшы жыйынтык менен мээ абсцессин ийне менен сайып, сордуруп алуу менен биргеликте артерия аркылуу антибиотиктерди берүүчү дарылоо ыкмалары колдонулган. Хирургиялык дарылоону тандоодо дифференциялык өз алдынча тандоо ыкмасы (пункциялык ыкма, абсцестти толук алуу, айкалышкан ыкма), шарттуу түрдө дарылоонун эффективдүүлүгүн динамикалык көзөмөлдөө менен аталган дарылоонун ыкмаларын өз учурунда колдонуу операциядан кийинки өлүмдүн жана кабылдоолордун санын азайтууну камсыз кылат. Жаш курагына жараша мээ абсцессинин келип чыгуу себептери такталган. Мээ абсцессинин ар бир түрүнүн салыштырмалуу саны аныкталган.

Библиографиясы: ата мекендик жана чет элдик авторлордун 161 адабий булагы, илимий эмгек 9 таблица жана 10 сүрөт менен көркөмдөлгөн.

РЕЗЮМЕ

диссертационной работы **Мамашарипова Кылычбека Мамадалиевича** на тему: «**Особенности диагностики и комплексного лечения абсцессов головного мозга», на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности: 14.01.18 – нейрохирургия.**

Ключевые слова: головной мозг, контактные абсцессы, отиты, синуситы, общемозговые и очаговые симптомы, диагностика, хирургическое лечение, исходы.

Объект исследования: 104 больных с абсцессами головного мозга. Возраст пострадавших варьировал от 15 до 84 лет. Мужчин было 78 человек (75,0%), женщин - 26 (25,0%).

Методы исследования: неврологические, КТ/МРТ головного мозга, ЭхоЭГ и офтальмологические исследования.

Полученные результаты и их новизна: целью настоящего исследования явилось, на основании имеющегося большого клинического материала разработать комплекс диагностических и лечебных мероприятий при абсцессах головного мозга, позволяющий повысить эффективность лечения и снизить смертность. Работа основана на сравнительной оценке различных способов хирургического лечения абсцессов мозга у 104 больных, поступивших в нейрохирургическую клинику. Изучены особенности клинического проявления заболевания в зависимости от возраста больных и локализации процесса.

Наиболее часто и с наилучшим эффектом применялся пункционный способ лечения абсцессов головного мозга в сочетании с внутриартериальным введением антибиотиков. Дифференцированный индивидуально-избирательный подход к выбору методов хирургического лечения (пункционный метод, тотальное удаление, комбинированный метод), преимущество их применения с обязательным динамическим контролем эффективности лечебных мероприятий обеспечивает снижение процента послеоперационной смертности и осложнений. В работе уточнена этиология абсцессов головного мозга в возрастном аспекте. Определён удельный вес каждой из исследованных форм абсцессов головного мозга.

Библиография: 161 источников отечественных и зарубежных авторов, работа иллюстрирована 9 таблицами и 10 рисунками.

SUMMARY

of the dissertational work of **Mamasharipov Kylychbek Mamadalievich** on the subject: “**Peculiarities of diagnostics and complex management for brain abscesses**” to obtain the scientific degree of the Candidate of Medical Sciences on the specialties: **14.01.18- neurosurgery.**

Key words: the brain, contact abscesses, otitis, sinusitis, general and focal signs, diagnostics, surgical treatment, outcome.

Object of examination: 104 patients with brain abscesses. The age of injured persons was from 15 to 84 years. Males about 78 persons (75.0%), females - 26 (25.0%).

Methods of investigation: neurological, CT/MRT of brain, EchoEG, and ophthalmological investigations.

Obtained result and their novelty: the aim of this work was to reveal the most modern and effective methods of diagnostics and surgical treatment of brain abscesses of patients in different ages.

The work is based on comparing the values of different surgical methods of treatment of brain abscesses in 104 consecutive patients, who were admitted to neurosurgical clinic. Aspiration method has showed to be the most effective and the method of choice.

Differential individual electorial approach to select the surgical method of treatment (aspiration, total removal, combined method), followed by obligatory dynamic control of effective measures leads to decrease of postoperative mortality and complications.

Bibliography: 161 sources of native and foreign authors, the work is illustrated with 9 tables and 10 figures.

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АГМ	Абсцесс головного мозга
КГМА	Кыргызская государственная медицинская академия
ОшГУ	Ошский государственный университет
КТ	Компьютерная томография
МРТ	Магнитно-резонансная томография
СМП	Спинномозговая пункция
ЭхоЭГ	Эхоэнцефалография
СЭС	Санитарно-эпидемиологическая станция
СМЖ	Спинномозговая жидкость
РТЧ	Резекционная трепанация черепа
КПТЧ	Костно-пластическая трепанация черепа

Объем 1,5 уч.изд.л.
Тираж 120 экз. Заказ № 14

Типография ОсОО «Алтын Принт»
720000, г. Бишкек, ул. Орозбекова, 44
Тел.: (+996 312) 62-13-10
e-mail: altyntamga@mail.ru