

# Хирургическое лечение абсцесса левой лобной и височной долей у пациента с геморрагическим инсультом

**Контакты:**

Ренат Леонидович  
Камбиев  
[r.kambiev@mcclinics.ru](mailto:r.kambiev@mcclinics.ru)

Р.Л. Камбиев, В.Н. Рашидов, А.К. Медведская

Центральный клинический госпиталь «Лапино»; Россия, 143081 Московская обл., д. Лапино,  
1-е Успенское шоссе, 111

Осложнения геморрагического инсульта головного мозга в виде нагноения путаменальной гематомы слева – редкая ситуация в нейрохирургической практике. В статье представлено клиническое наблюдение хирургического лечения пациента с абсцессом – нагноившейся внутримозговой гематомой лобно-височной области. Микрохирургическое удаление и дренирование абсцесса с использованием нейронавигации, проведение антибактериальной терапии в соответствии с клиническими рекомендациями и чувствительностью препарата к микрофлоре позволили достичь хорошего результата, выполнить раннюю активизацию больного и сократить срок медико-социальной реабилитации.

**Ключевые слова:** абсцесс головного мозга, микрохирургическое дренирование, нейронавигация

**Для цитирования:** Камбиев Р.Л., Рашидов В.Н., Медведская А.К. Хирургическое лечение абсцесса левой лобной и височной долей у пациента с геморрагическим инсультом. *Нейрохирургия* 2026;28(2):77–81.

DOI: <https://doi.org/10.63769/1683-3295-2026-28-2-77-81>

## Surgical treatment of left frontal and temporal lobes brain abscess in patient with hemorrhagic stroke

R.L. Kambiev, V.N. Rashidov, A.K. Medvedskaya

Central Clinical Hospital "Lapino"; 111 1st Uspenskoe Shosse, Lapino, Moscow region 143081, Russia

Contacts: Renat Leonidovich Kambiyev [r.kambiev@mcclinics.ru](mailto:r.kambiev@mcclinics.ru)

Complications of hemorrhagic stroke of the brain in the form of suppuration of the putaminal hematoma on the left is a rare situation in neurosurgical practice. The article presents a clinical observation of surgical treatment of a patient with an abscess: pus-filled intracranial hematoma of the frontotemporal area. Microsurgical resection and drain of the abscess using neuronavigation, antibacterial therapy in accordance with the clinical guidelines and the drug's sensitivity to the microflora allowed to achieve a good result, mobilize the patient early, and shorten the duration of medical and social rehabilitation.

**Keywords:** brain abscess, microsurgical drain, neuronavigation

**For citation:** Kambiev R.L., Rashidov V.N., Medvedskaya A.K. Surgical treatment of left frontal and temporal lobes brain abscess in patient with hemorrhagic stroke. *Neyrokhirurgiya = Russian Journal of Neurosurgery* 2026;28(2):77–81.

DOI: <https://doi.org/10.63769/1683-3295-2026-28-2-77-81>

### ВВЕДЕНИЕ

Абсцесс головного мозга – это фокальная инфекционная патология, характеризующаяся скоплением гноя в головном мозге, окруженного васкуляризированной капсулой [1]. В развивающихся странах встречаемость абсцесса головного мозга составляет около 8 % от всех внутричерепных образований, а в разви-

тых странах – 1–2 %. Средний возраст больных – 40–50 лет, чаще заболеванием страдают мужчины. В развитых странах смертность от абсцесса головного мозга составляет до 25 % [2–5].

По данным современной литературы, предрасполагающим фактором в 40–50 % случаев является сопутствующий смежный очаг инфекции (синусит,

субарахноидальный или хронический средний отит, мастоидит); в 10 % — наличие открытой черепно-мозговой травмы; в 25 % — гематогенное распространение из отдаленного очага, например при сочетанных легочных, кожных, абдоминальных и тазовых инфекциях, эндокардите; в 15 % случаев описывается криптогенный характер возникновения абсцесса головного мозга (нераспознанный фокус) [6–9].

Представляем клиническое наблюдение редкого осложнения геморрагического инсульта — нагноения внутримозговой гематомы.

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

**Пациент 3., 54 года, поступил в Центральный клинический госпиталь «Лапино» по каналу скорой медицинской помощи в экстренном порядке.**

*Жалобы при осмотре не предъявлял из-за грубой моторной афазии.*

*Пациент находился на стационарном лечении и проходил реабилитацию в стороннем учреждении в течение последнего месяца после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения по геморрагическому типу с формированием внутримозговой путаменальной гематомы слева, оперативное вмешательство по поводу внутримозговой гематомы не проводилось. Накануне госпитализации в Центральный клинический госпиталь «Лапино» отмечались повышение температуры до фебрильных значений, одышка, усугубление сознания до уровня глубокого оглушения.*



Рис. 1 | Fig. 1

Магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием в аксиальной проекции: картина глубоко расположенного абсцесса левой гемисферы с дополнительным участком абсцедирования во внутренней капсуле

Contrast-enhanced magnetic resonance imaging of the brain, axial projection: deep abscess of the left hemisphere with an additional area of abscessation in the internal capsule

*На момент поступления состояние пациента тяжелое. Уровень сознания — глубокое оглушение. Продуктивному контакту недоступен. Менингеальных знаков нет. Сглажена правая носогубная складка. Наблюдались девиация языка вправо, правосторонняя гемиплегия, патологические стопные знаки справа. Чувствительную и координаторную сферу оценить было невозможно ввиду тяжести состояния.*

*Выполнены компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга с контрастированием, по данным которых наблюдались картина кистозной полости в левом полушарии головного мозга с толстой, контрастирующейся капсулой (возможно, с продуктами распада гемоглобина в структуре капсулы) и выраженным перифокальным отеком, вероятно, полости абсцесса; дислокация срединных структур вправо на 15 мм; признаки височно-тенториального вклинения слева на 6 мм (рис. 1, 2).*

*Учитывая анамнез, клинические и инструментальные данные, у пациента заподозрен глубоко расположенный абсцесс головного мозга левой лобно-височной локализации с распространением на перивентрикулярную область, выявлены очаги инфильтрации в области левого таламуса и внутренней капсулы, нарастание клинической картины дислокационного синдрома. Пациенту выполнено оперативное вмешательство в срочном порядке в объеме костно-пластической трепанации черепа в лобной области слева, удаления и дренирования внутримозгового абсцесса.*

*С помощью нейронавигационной станции BrainLab спланирована траектория хирургического доступа из точки Кохера. Выполнены линейный разрез в левой лобной области, краниотомия. Мозг отечный, пульсация головного мозга минимальная. Выполнена диссекция арахноидальной оболочки острым путем, доступ по траектории ранее установленной нейронавигации, глубина доступа до 8 см. Обнаружена плотная капсула серо-желтого цвета. После предварительной коагуляции капсула вскрыта острым путем, получено гнойное отделяемое под высоким давлением. С помощью аспиратора гнойные массы эвакуированы из полости абсцесса. Мозг запал, активно передает пульсацию. В полость абсцесса под прямым микроскопическим контролем установлена приточно-промывная система, подключена к закрытому контуру. Дренажная система выведена через контрапертуру.*

*На 1-е сутки после операции пациенту выполнена КТ головного мозга: состояние после микрохирургического удаления и дренирования абсцесса левой лобно-височной области; послеоперационные изменения лобной кости слева; дислокация срединных структур вправо на 12 мм (ранее до 15 мм). Положительная динамика в виде уменьшения смещения срединных структур, опорожнения полости абсцесса (рис. 3).*

*Послеоперационный период протекал без осложнений. Учитывая адекватное функционирование приточно-*

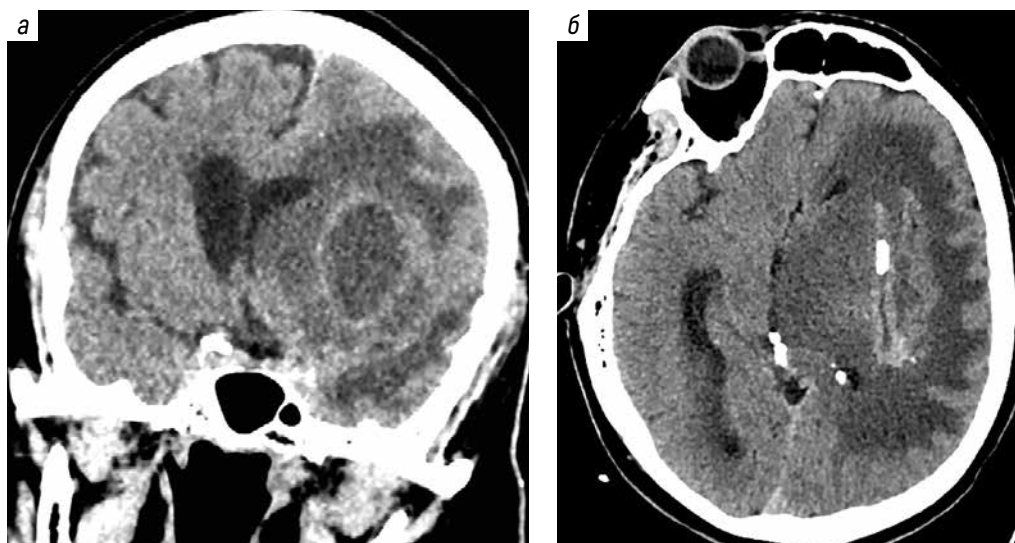


Рис. 2 | Fig. 2

Компьютерная томография головного мозга с контрастированием в коронарной (а) и аксиальной (б) проекциях: картина абсцесса головного мозга с плотной капсулой, выраженным перифокальным отеком и смещением срединных структур головного мозга слева вправо  
 Contrast-enhanced computed tomography of the brain, coronal (a) and axial (b) projections: brain abscess with a dense capsule, marked perifocal edema, and midline shift from left to right

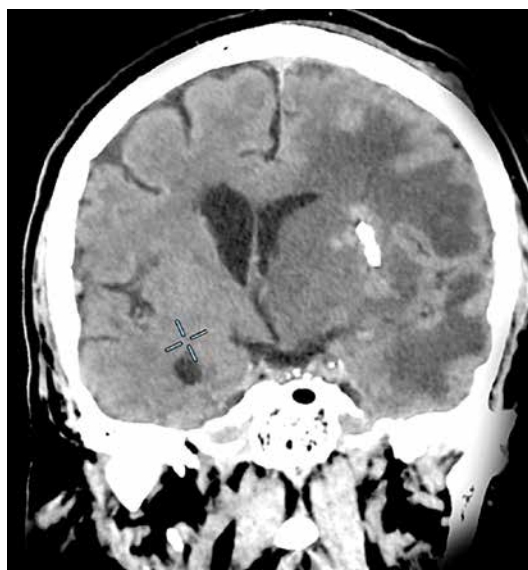


Рис. 3 | Fig. 3

Компьютерная томография головного мозга в аксиальной (а) и коронарной (б) проекциях: картина установленной дренажной системы в полости абсцесса  
 Computed tomography of the brain, axial (a) and coronal (b) projections: drain system in the area of the abscess

*промывной системы, повторного оперативного вмешательства не потребовалось. Начаты реабилитационные мероприятия.*

*На 4-е сутки дренажная система была удалена, проведена КТ головного мозга: положительная динамика в виде дислокации срединных структур вправо на 10 мм (ранее до 12 мм).*

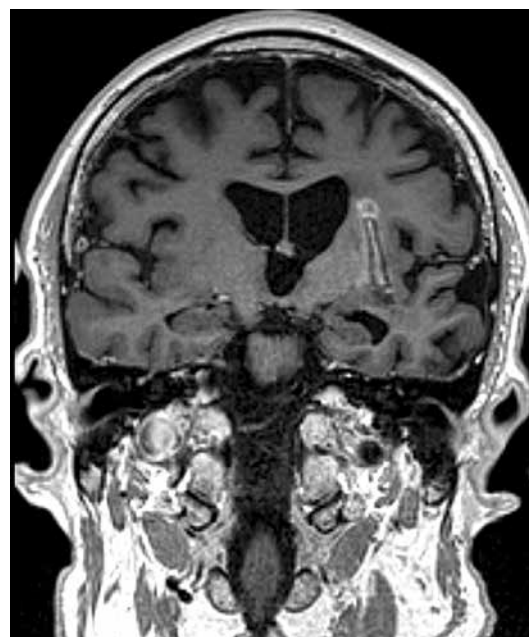


Рис. 4 | Fig. 4

Магнитно-резонансная томография головного в аксиальной (а) и коронарной (б) проекциях через 2 мес после оперативного лечения  
 Magnetic resonance imaging of the brain, axial (a) and coronal (b) projections, 2 months after surgical treatment

*В соответствии с Клиническими рекомендациями Ассоциации нейрохирургов России по диагностике и лечению абсцессов головного мозга, внутричерепных эпидуральных и субдуральных эмпием эмпирически назначена антибактериальная терапия широкого спектра действия —*

меропенем и ванкомицин [1]. При посеве гноя из полости абсцесса получен *Staphylococcus aureus*, чувствительный к меропенему и линезолиду.

На 18-е сутки общее состояние пациента расценивалось как средней тяжести, сознание ясное. Больной был доступен продуктивному контакту, ориентирован, выполнял сложные инструкции. Отмечалось сохранение слабости в правых конечностях. Глазодвигательных расстройств не было. Зрачки D=S, среднего размера, округлой формы, реакция на свет прямая и содружественная, сохранена. Сохранялась девиация языка. Отсутствовала менингеальная и патологическая симптоматика. Тазовые функции не нарушены. Был проведен комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий, пациент активизирован. Отмечена стойкая положительная динамика в виде улучшения речепродукции, правосторонний гемипарез регрессировал до 3 баллов в ноге, до 3 баллов в руке. Пациент был выписан под наблюдение хирурга, терапевта и невролога по месту жительства с рекомендациями.

При МРТ, выполненной через 2 мес, отмечались кистозно-глиозные изменения в медиальных отделах левой височной доли, дислокации мозга не выявлено (рис. 4).

## ОБСУЖДЕНИЕ

Нагноение путаменальной гематомы как осложнение геморрагического инсульта — редкое явление. Работ, посвященных этой теме, немного, в основном они описывают единичные наблюдения. Так, P. Carfagna и соавт. описали клиническое наблюдение геморрагического инсульта у мужчины 76 лет с глобальной афазией и правосторонней гемиплегией, у которого через 2 мес на месте первоначального инфаркта развились множественные абсцессы головного мозга. В посевах крови и при аспирации содержимого абсцесса обнаружен метициллинрезистентный золотистый стафилококк. Инфекция, вероятно, была вызвана гематогенным распространением после перенесенной аспирационной пневмонии. После нейрохирургического лечения был проведен 6-недельный курс терапии ванкомицином и, несмотря на улучшение, через 1 мес больной умер [10].

S. Sumioka и соавт. представили клиническое наблюдение хирургического лечения абсцесса с благоприятным исходом. Пациент был госпитализирован с геморрагическим инсультом. Ввиду небольшого размера гематомы пациенту проводилось консервативное

лечение. Через 2 мес у него возникла лихорадка, при лабораторных исследованиях выявлен выраженный воспалительный ответ. По данным КТ и МРТ установлено формирование абсцесса на месте гематомы со значительным отеком мозга, при исследовании спинномозговой жидкости выявлен менингит. Были проведены стереотаксическая аспирация гноя и дренирование полости абсцесса. При бактериологическом исследовании выявлена *Morganella morganii*. Послеоперационный период протекал без осложнений, полость абсцесса постепенно спала после ее дренирования и промывания [11].

Дифференциальная диагностика абсцессов головного мозга проводится с первичными и вторичными опухолями головного мозга, ишемическим или геморрагическим инсультом и энцефалитом. С внедрением в клиническую практику высокоинформативных методов нейровизуализации появилась возможность в кратчайшие сроки устанавливать дифференциальный диагноз и назначать своевременное лечение. Представленный клинический случай требовал срочного нейрохирургического вмешательства с учетом анамнестических данных, тяжелого неврологического статуса, полученных результатов нейровизуализации. Микрохирургический доступ и установка дренажной системы на всем протяжении под прямым нейрохирургическим контролем обусловлены исключительно объемом и плотностью капсулы абсцесса. Стоит отметить, что выбранная нейрохирургическая тактика отвечает принципам концепта минимально инвазивного вмешательства.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В представленном клиническом случае хирургическое лечение проведено по жизненным показаниям, выбран эффективный минимально инвазивный метод хирургического лечения в объеме удаления и дренирования полости абсцесса с использованием нейрохирургической навигационной станции. В дальнейшем подбор антибактериальной терапии в соответствии с рекомендательным протоколом и чувствительностью к патогенной микрофлоре позволил снизить риски осложнений, достичь хорошего клинического результата и ранней активизации больного, а также уменьшить сроки реабилитации.

## Литература | References

1. Клинические рекомендации по диагностике и лечению абсцессов головного мозга, внутричерепных эпидуральных и субдуральных эмпием. Ассоциация нейрохирургов России, 2015. Clinical guidelines for the diagnosis and treatment of brain abscesses, intracranial epidural and subdural empyemas. Association of Neurosurgeons of Russia, 2015. (In Russ.).
2. Амчелавский В.Г., Шиманский В.Н., Шатворян Б.Р. Современная терапия абсцесса головного мозга. Российский медицинский журнал 2000;8(13–14). Amchelslavsky V.G., Shimansky V.N., Shatvoryan B.R. Modern therapy of brain abscess. Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal = Russian Medical Journal 2000;8(13–14). (In Russ.).

3. Горожанин А.В., Басков А.В. Нейрохирургия: руководство. Том 2. Лекции, семинары, клинические разборы. Под ред. О.Н. Древалю. М., 2013. С. 735–843. Gorozhanin A.V., Baskov A.V. Neurosurgery: a guide. Vol. 2. Lectures, seminars, clinical reviews. Ed.: O.N. Dreval. Moscow, 2013. Pp. 735–843. (In Russ.).
4. Brouwer M., Tunkel A., McKhann G., van de Beek D. Brain abscess. *N Engl J Med* 2014;371(5):447–56. DOI: 10.1056/NEJMra1301635
5. Muzumdar D., Jhavar S., Goel A. Brain abscess: an overview. *Int J Surg* 2011;9(2):136–44. DOI: 10.1016/j.ijssu.2010.11.005
6. Лебедев В.В., Крылов В.В. Неотложная нейрохирургия. Руководство для врачей. М.: Медицина, 2000. С. 339–365. Lebedev V.V., Krylov V.V. Emergency neurosurgery. Manual for physicians. Moscow: Meditsina, 2000. Pp. 339–365. (In Russ.).
7. Nathoo N., Nadvi S., Narotam P., Dellen J. Brain abscess: management and outcome analysis of a computed tomography era experience with 973 patients. *World Neurosurg* 2011;75(5–6):716–26. DOI: 10.1016/j.wneu.2010.11.043
8. Piatt J.H. Jr. Intracranial suppuration complicating sinusitis among children: an epidemiological and clinical study. *J Neurosurg Spine* 2016;25(1):69–77. DOI: 10.3171/2011.3.PEDS10504
9. Tandon S., Beasley N., Swift A.C. Changing trends in intracranial abscesses secondary to ear and sinus disease. *J Laryngol Otol* 2009;123(3):283–8. DOI: 10.1017/S002221510800234X
10. Carfagna P., Bianco G., Pavoni G. et al. Cerebral abscesses due to methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* complicating stroke. *Eur J Int Med* 2000;11(1):51–4. DOI: 10.1016/S0953-6205(99)00067-9
11. Sumioka S., Kajikawa H., Yamamura K. et al. Putaminal abscess occurring at the site of hemorrhage: a case report. *No Shinkei Geka* 1996;24(9):859–63.

**Вклад авторов | Authors' contributions**

Р.Л. Камбиев: хирургическое лечение пациента, сбор данных по клиническому случаю, редактирование текста статьи;  
 В.Н. Рашидов: редактирование текста статьи;  
 А.К. Медведская: обзор литературы по теме статьи, написание текста статьи.  
 R.L. Kambiev: surgical treatment of the patient, collection data on a clinical case, article editing;  
 V.N. Rashidov: article editing;  
 A.K. Medvedskaya: review of the literature on the topic of the article, article writing.

**ORCID авторов | ORCID of authors**

Р.Л. Камбиев / R.L. Kambiev: <https://orcid.org/0000-0003-3694-4698>  
 В.Н. Рашидов / V.N. Rashidov: <https://orcid.org/0009-0008-7692-2091>  
 А.К. Медведская / A.K. Medvedskaya: <https://orcid.org/0000-0001-9448-391X>

**Конфликт интересов | Conflict of interest**

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.  
 The authors declare no conflict of interest.

**Финансирование | Funding**

Работа выполнена без спонсорской поддержки.  
 The work was performed without external funding.

**Соблюдение прав пациентов | Compliance with patient rights**

Пациент подписал информированное согласие на публикацию своих данных.  
 The patient gave written informed consent to the publication of his data.

Статья поступила | Article submitted: 03.09.2025.  
 Рецензия | Peer reviewed: 26.09.2025.  
 Принята к публикации | Accepted for publication: 02.04.2026.  
 Опубликована онлайн | Published online: 11.06.2026.