

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НАПРЯЖЕННОЙ ПНЕВМОЦЕФАЛИИ

*Р.М. Дюсембаев, Т.З. Ильясов, Е.К. Омаров, С.С. Кусаинов, М.Б. Сафьянников, Д.В. Лебедев*  
КГКП на ПХВ «Городская больница № 1» г. Павлодар

Пневмоцефалия (ПЦ) в нейрохирургической практике имеет глубокую историю. Впервые термин ПЦ упоминается в 1884 году Chiari для описания внутричерепного нахождения воздуха. В настоящее время под термином пневмоцефалия понимается скопление воздуха в полости черепа J.W. Markham.

Лечение больных с ПЦ является сложной задачей. Выбор тактики лечения зависит от типа, вида и формы ПЦ.

Мы считаем целесообразным применение некоторых принципов ведения больного с ПЦ: постельный режим; стимулирование работы микроциркуляторного русла с целью повышения интенсивности всасывания воздуха; проведение профилактической противосудорожной терапии; умеренная дегидратация; адекватная антибиотикотерапия; запрещение люмбальной пункции либо ее проведение по строгим показаниям.

Удаление воздушного пузыря из полости черепа в изученных нами работах представлено пункционным методом. Показаниями для оперативного лечения являются:

1. Формирование ликворного свища в сочетании с не ликвидируемой ПЦ.
2. Клиника сдавления ликворных путей воздушным пузырем и развитием гипертензионно – гидроцефального синдрома.
3. Напряженная прогрессирующая ПЦ создающая масс – эффект, сдавление головного мозга.

Приводим случай успешного оперативного лечения «Напряженной» субдуральной пневмоцефалии ( СдПЦ) из нашей практики.

26.10.11г. поступила больная Б 1975г. рождения с клиникой Ушиба гол. мозга средней степени, Субарахноидальное кровоизлияние. Перелом основания черепа (ПОЧ). Пневмоцефалия. Перелом костей носа. Ушибленная рана лба. Алкогольное опьянение, Алкогольный психоз.

Травма бытовая, избита неизвестными за 3 час до поступления.

При поступлении сознание глубокое оглушение, двигательное возбуждение. Сознание больной по шкале сознания Глазго - 12- 13 баллов. Выраженная общемозговая симптоматика. Грубой очаговой мозговой симптоматики не выявлено. Признаков назоликвореи не было. Менингеальные знаки: ригидность затылочных мышц 1-2 п.пальца, симптом Кернига 1300 патологических рефлексов нет. На голове множество кровоподтеков, ссадин.

На Р-грамме черепа от 26.10.11г.- признаков повреждения в своде черепа не выявлено. Признаки пневмоцефалии: скопление свободного воздуха только в правой теменной и лобной областях, нельзя исключить перелом решетчатой кости справа.

На следующий день состояние больной усугубляется - сознание сопор, отмечается умеренная брадикардия 54 ударов в минуту. Зрачки ОД=ОС, узкие, фотореакция угнетена 2-х сторонний симптом Бабинского и Симптом Кернига, ригидность мышц.

На МРТ гол. мозга от 27.10.11г.признаки сдавления гол. мозга. – лобных- височных долей напряженной пневмоцефалии с 2-х сторон - переднее- задняя дислокация.

27.10.11г. экстренная операция - наложение фрезевых отверстий в лобных областях, дренирование субдурального пространства с 2-х сторон системой по Бюллау. Дренирование субдурального пространства проводилось в течении 3-х суток, затем после предварительного МРТ контроля головного мозга дренажи были удалены. В неврологическом статусе: общемозговая и менингеальная симптоматика регрессировали. Больная выписана на 18 сутки после операции. Внедрение в практику данной методики позволило физиологично и в короткие сроки разрешить ПЦ.