

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛОСКУТА НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА ПЕРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ЛИКВОРРЕИ

Фейгин Г. А., Сатылганов И.Ж., Шалабаев Б.Д., Миненков Г.О.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Для прекращения ликворреи через дефект основания черепа и твердой мозговой (ТМО) оболочки использован слизисто-надхрящично-периостальный лоскут перегородки носа, противоположной стороны. Это оказывается возможным, если после удаления слизистой оболочки на стороне дефекта и скелета перегородки в пределах размеров лоскута повернуть его в противоположную сторону и закрыть дефект таким образом, чтобы слизистая оболочка перегородки оказалась снизу.

Предложенный способ использован в 4-х наблюдениях. В 3-х из них был распространенный рак верхней челюсти и в 1-м остеома с проникновением в переднюю черепную ямку и орбиту.

Во всех наблюдениях ликворрея была надежно остановлена и осложнений со стороны внутричерепных образований не было.

Ключевые слова: ликворрея, опухоли основания черепа, дефект основания черепа.

OUR EXPERIENCE OF USING NASAL SEPTUM FLAP FOR CLOSING DEFECT OF ANTERIOR CRANIAL FOSSA AND ARRESTING OF LIQUORREA

Feigin G., Satylganov I.J., Shalabaev B., Minenkov G.

Kyrgyz-Russian Slavonic University,

Bishkek, Kyrgyz Republic.

Summary: For liquidation of liquorrea via the defect of the skull base and in dura mater we used mucosal-perichondrium flap from nasal septum of the opposite site. It becomes possible if after removal of mucosa and skeleton of nasal septum on the affected site turned it on the opposite side and close the defect. In this situation a mucose should lay inferiorly. Above-mentioned method was used in 4 cases. In 3 of them wide-extended cancer of maxilla was diagnosed, in one case- osteoma with extension in anterior cranial fossa and in orbit. In all cases liquorrea was surely arrested and there were no intracranial complications.

Key words: liquorrea, skull base tumors, defect of a cranial base.

Введение

Частота поражения основания черепа и твердой мозговой оболочки при распространенных злокачественных опухолях придаточных пазух носа, по данным литературы, колеблется в пределах от 12 до 22% [1,2].

В работах, нашедших отражение в литературе, можно найти рекомендации закрывать образовавшиеся дефекты передней черепной ямки близлежащими тканями или свободными лоскутами жировой клетчатки, мышечной ткани, фасции, а также средней носовой раковины [1-6]. Сложность проблемы заключается в том, что для достижения абластики хирургического вмешательства при удалении злокачественных опухолей не удается сохранить значительную часть близлежащих тканей. В результате появляется их дефицит, препятствующий использованию материала для указанной цели, а при свободной

пластике возможны неудачи [1,2]. Кроме этого, перечисленные методики отличаются эффективностью, когда используются для закрытия дефектов небольших размеров, не более 10 мм [2-6]. При иссечении злокачественных опухолей возникает необходимость широкого иссечения окружающих тканей, удаления краев костного дефекта черепной ямки, иногда с твердой мозговой оболочкой, если в нее проникла неоплазма. Это необходимо для достижения абластики хирургического вмешательства. В результате образуются дефекты в основании черепной ямки, значительных размеров, пластическое закрытие которых отличаются трудностью. Поэтому проблема закрытия таких дефектов, в том числе с ликвидацией ликворреи не может быть признана до конца решенной задачей. Учитывая отмеченное, сообщения имеющие отношение к этой задаче, до сегодняшнего дня представляют определенный

Таблица 1

Краткая информация о больных у которых в процессе выполнения хирургического вмешательства появились дефекты в передней черепной ямке и твердой мозговой оболочке, осложнившиеся ликворреей.

Ф.И.	Пол	Возраст	Патоморфологический диагноз	Диагноз	Распространение на анатомические образования
С. А.	муж	67 лет	плоскоклеточный неороговевающий рак	Cancer maxilla T4NoMo	образования ретромандибулярного пространства, решетчатый лабиринт, полость черепа
И.С.	муж	58 лет	плоскоклеточный неороговевающий рак	Cancer maxilla T4NoMo	образования ретромандибулярного пространства, решетчатый лабиринт, полость черепа
У.А.	муж	53 лет	плоскоклеточный ороговевающий рак	Cancer maxilla T4NoMo	образования ретромандибулярного пространства, решетчатый лабиринт, полость черепа
Т.Ш.	муж	30 лет	osteoma	Osteoma ethmoidalis	решетчатый лабиринт, лобная пазуха, орбита, полость черепа
Н.А.	муж	65 лет	плоскоклеточный неороговевающий рак	Cancer maxilla T4NoMo	образования ретромандибулярного пространства, решетчатый лабиринт, полость черепа

интерес для специалистов, занятых в лечении этой категории больных.

Цель работы: Прекратить ликворрею обусловленную дефектом передней черепной ямки с повреждением твердой мозговой оболочки, появившегося при удалении распространенной опухоли верхней челюсти и образований основной кости.

Материалы

Среди оперированных нами больных со злокачественными и доброкачественными образованиями верхней челюсти и параназальных синусов, отличающихся обширным процессом, с указанными осложнениями было 5 человек. В этих наблюдениях по завершению вмешательства сформировался дефект в передней черепной ямке, сопровождающийся ликворреей. Из них у 3-х больных был диагностирован плоскоклеточный ороговевающий и неороговевающий рак верхней челюсти, а у 1 - остеома решетчатого лабиринта с

ее проникновением в полость черепа и глазницу.

Для более объективной характеристики приводим информацию в таблице 1.

Методика

Для закрытия костного дефекта черепа мы применили разработанную нами методику с использованием лоскута слизистой с надхрящницей и надкостницей носовой перегородки нужных размеров на широком основании, выкроенного с противоположной стороны (Патент № 833 от 30.11.2005г., зарегистрированный в Государственном реестре изобретений Кыргызской Республики).

Методика закрытия дефекта стенки передней черепной ямки, заключалась в следующем. После удаления опухоли с ее стороны в пределах формируемого лоскута производили удаление слизистой оболочки с прилегающим к ней скелетом, за исключением той его части, которую предполагали использовать

в качестве твердой основы для закрытия дефекта. Если со стороны опухоли на крыше полости носа и прилегающей к ней перегородке оставалась слизистая оболочка, то ее удаляли. При этом полностью сохраняли слизистую оболочку с надхрящницей и надкостницей с противоположной стороны. Из последней выкраивали лоскут необходимого размера и формы с верхним питающим основанием, по возможности широким. После этого лоскут поворачивали в сторону дефекта таким образом, чтобы его слизистая оболочка находилась снизу и верхняя – надхрящнично-периостальная укладывалась на основание черепа и прикрывала дефект (рис.1). Таким лоскутом можно закрыть дефект, имеющий размер до 30мм в диаметре. В двух случаях для надежного закрытия дефекта твердой мозговой оболочки, перед тем как уложить лоскут, мы вводили под костные края, т.е. интракраниально свободный лоскут из широкой фасции бедра. После укладки лоскута носовой перегородки производили рыхлую тампонаду марлево-мазевым тампоном, пропитанным антибиотиком. Тампон удалялся на 5-6 сутки. В послеоперационном периоде назначалась антибактериальная, патогенетическая противовоспалительная и симптоматическая терапии. Используемые средства вводились в стандартных дозировках.

Результаты

Приведенная методика закрытия дефектов в основании черепа и твердой мозговой оболочке передней черепной ямки была использована у всех 4-х больных. Во всех случаях был получен хороший результат. Лоскут, сформированный из противоположной стороны носовой перегородки, прижился. У больных ликворрея в ближайшие и отдаленные сроки после операции не возобновлялась.

Для иллюстрации успешного использования метода мы позволили себе привести краткие выписки из историй болезни двух больных с раком верхней челюсти и с остеомой решетчатого лабиринта.

Больной С., 67 лет (ист. б-зни № 19718), поступил в ЛОР отделение Национального госпиталя при МЗ Кыргызской Республики

06.02.1997 с жалобами на затрудненное носовое дыхание и боль в правом глазу, головную боль. Больным себя считает около 3 месяцев. На КТ обнаружена опухоль правой верхнечелюстной пазухи с прорастанием в полость носа, клетки решетчатого лабиринта, подвисочную и крыловидные ямки, орбиту, твердое небо.

Патогистологический диагноз — плоскоклеточный неороговевающий рак.

10.02.1997г под интубационным наркозом через временную трахеостому произведена расширенная резекция верхней челюсти с экзентерацией орбиты. После удаления опухоли образовался дефект передней черепной ямки диаметром около 1см с дефектом ТМО 0,4х 0,6см. Через последний истекает ликвор. Попытка ушить дефект оказалась неудачной. Для закрытия дефекта мы удалили слизистую оболочку с четырехугольным хрящом и костной частью носовой перегородки с пораженной стороны. Затем выкроили слизисто-надхрящнично-периостальный лоскут с противоположной стороны, необходимой формы и размера, и уложили на дефекты основания черепа и ТМО. Слизистая оболочка при этом была обращена в сторону раневой полости. В завершении произведена рыхлая марлево-мазевая тампонада. Назначена антибактериальная терапия в стандартных дозировках. В послеоперационном периоде ликворреи и появления менингеальной симптоматики отмечено не было.

При последующем наблюдении, в течении 3-х месяцев, ликворреи не наблюдалось и что не менее важно в отдаленном периоде не появлялись корки, поскольку большая часть верхней стенки была покрыта функционирующей слизистой оболочкой.

Больной находился под наблюдением в течение 5 лет. Признаков возврата болезни зарегистрировано не было.

2. Больной Т., 30 лет (ист. б-зни №14190), поступил в ЛОР отделение Национального госпиталя 27.05.2003г с жалобами на наличие плотного опухолевидного образования в области медиального угла правого глаза, смещение глазного яблока и боль в нем. Со слов пациента болен около 5 месяцев. На КТ была

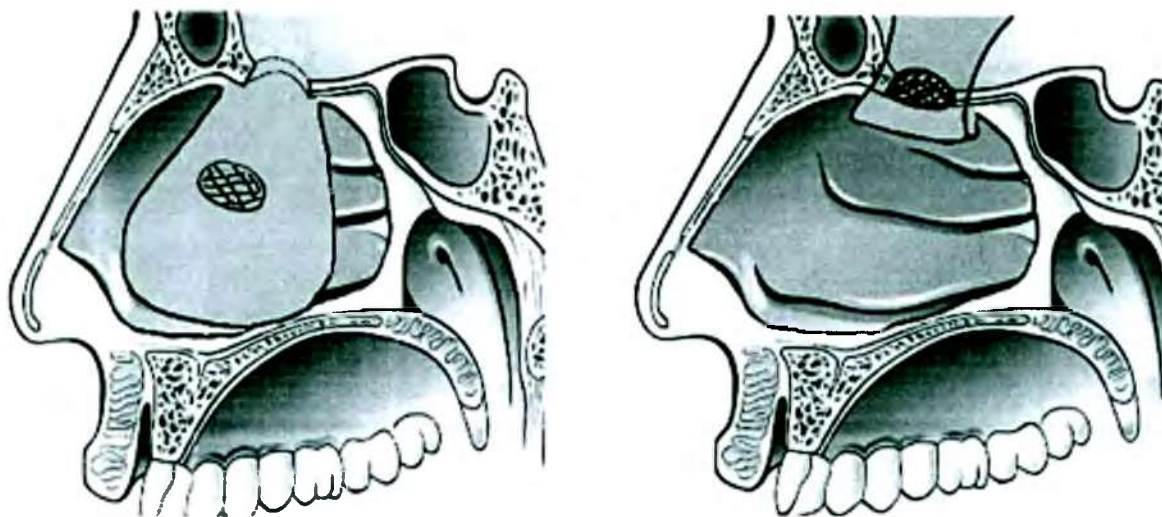


Рисунок.1.

Схематическое изображение этапов закрытия дефектов основания черепа и твердой мозговой оболочки мукоперихондрально-периостальным лоскутом противоположной стороны. Обозначения: А – выкроенный лоскут слизистой оболочки с фрагментом сохраненного хряща, Б – дефект передней черепной ямки и ТМО, В, Г – лоскут уложен на дефект.

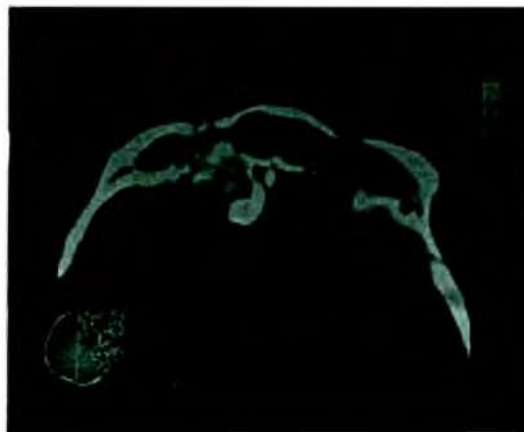
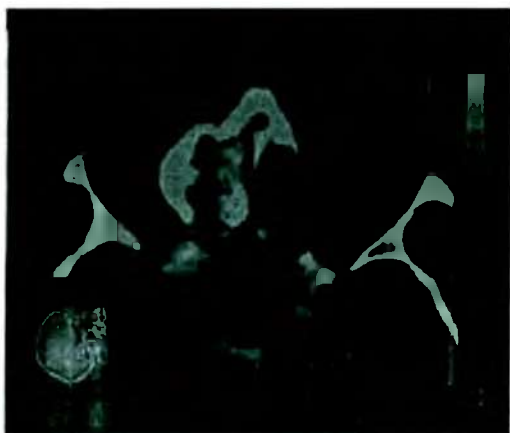


Рисунок.2.

КТ больного с остеомой решетчатого лабиринта

выявлена овальной формы тень в области клеток решетчатого лабиринта справа с распространением в орбиту и переднюю черепную ямку. Тень имела костную плотность 1200 НУ и размеры около 6х6см (рис.2).

Д-з: Остеома решетчатого лабиринта справа с проникновением в переднюю черепную ямку и орбиту.

30.05.2003г произведена операция боковая ринотомия с удалением опухоли. Во время удаления опухоли, оказавшейся гистологически остеомой, был обнаружен дефект передней черепной ямки в области lamina cribrosa диаметром около 2см, через него виден дефект ТМО с истечением ликвора. Ликворрею

удалось ликвидировать укладкой на дефект передней черепной ямки и ТМО слизистой оболочки с прилежащими к ней надхрящницей надкостницей носовой перегородки со здоровой стороны. Этот этап операции выполнен по описанной методике.

Наблюдение больного, как в ближайшем послеоперационном, так и в отдаленном периоде - через 6 лет, показало эффективность и надежность метода. Кроме того, во всех случаях нами отмечено, что лоскут слизистой оболочки предотвращал образование корок, которые обычно образуются на стенке раневой полости в этом месте и усложняют послеоперационное ведение.

Обсуждение

Анализ приведенных данных и наблюдений позволяют положительно оценить предложенную нами методику закрытия дефекта основания черепа и ТМО с помощью слизисто-перихондрально-надкостничного лоскута носовой перегородки, выкроенного с противоположной от патологии стороны. Во всех случаях после его использования ликворрея не возобновлялась, в том числе через длительный срок после выполненного хирургического вмешательства. Поэтому мы пришли к выводу, что предложенную методику можно рекомендовать для внедрения в практику, поскольку она не только отличается надежностью, но и доступна для выполнения. Кроме этого, что не менее важно, он не ограничивает в какой-то степени действия хирурга на основании черепа и твердой мозговой оболочке, передней черепной ямки.

Выводы

Слизистая оболочка, вместе с надхрящницей носовой перегородки на питающей ножке, оказалась достаточно хорошим материалом, для закрытия дефекта черепной ямки. Использование такого лоскута, и это особенно важно, позволяет не экономить местные ткани, для последующей пластики, а соблюдать абластику хирургического вмешательства, а значит и более радикальное удаление

злокачественной опухоли. Несомненным, положительным эффектом является то, что слизистая оболочка предотвращает образование корок, которые обычно появляются на стенках послеоперационной полости.

Литература:

1) Кабаков Б.Д. Лечение злокачественных опухолей челюстно-лицевой области. М., 1978.-С.176-208

2) Ольшанский В.О., Сдвижков А.М., Русаков И.Г., Кисличко А.Г. Лечение рецидивов злокачественных опухолей верхней челюсти. // Вест. Оторинолар. – 1991.-№ 5-С.22-25.

3) Капитанов Д.Н. соавт. Эндоскопическая диагностика и лечение назальной ликворреи. // Вест. Оторинолар. – 2003.-№ 4- С.22-34.

4) Пискунов Г.З. с соавт. Заболевания носа и околоносовых пазух: эндомикрохирургия. М., 2003. С.184

5) John Leonetti, Douglas Anerson, Sam Marzo, George Moynihan. Cerebrospinal fluid fistula after transtemporal skull base surgery // Otolaryngology-Head and Neck Surgery-2001.-№ 5-С.511--514.

6) Michael C. Noone, David Osguthorpe, Sunil Patel. Pericranial flap for closure of paramedian anterior skull base defects // Otolaryngology-Head and Neck Surgery-2002.-№ 6-С.494-500.