

**СПОСОБ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ
НАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕИ**

М.М. Мамытов¹, А.А. Акматалиев², А.А. Байматов², Г.О. Миненков³

¹ Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.),

² Национальный госпиталь при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики (главный
врач – к.м.н., Сагинбаева Д.З.),

³ МЦ «Томекс» (директор – Дерид Л.В.),
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. На основании анализа результатов обследования 8 больных установлены оптимальные методы диагностики и лечения назальной ликвореи. Лечение этого заболевания хирургическое. Осуществляют послойную пластику ликворного свища гемостатической губкой “Тахокомб”, мышцей и сульфакрилатом.

Ключевые слова: назальная ликворея, ликворный свищ, сульфакрилат.

**ЖАРАКАТТАН КИЙИНКИ МУРУН ЛИКВОРЕЯСЫН
ОПЕРЦИЯ ЖОЛУ МЕНЕН ДАРЫЛООНУН БИР ТҮРҮ**

М.М. Мамытов¹, А.А. Акматалиев², А.А. Байматов², Г.О. Миненков³

¹ И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академия
(ректор – м.и.д., проф. Кудайбергенова И. О.),

² Кыргыз Республикасынын Саламаттык Сактоо Министрлигине караштуу Улуттук госпиталы
(Башкы дарыгер – м.и.к. Сагинбаева Д.З.),

³ МЦ «Томекс» (директор – Дерид Л.В.),
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Мурун ликвореясы менен ооруган 8 бейтап изилденип, оптималдуу диагностика жана дарылоо жолу такталды. Мындай илдеттин дарылоосу – хирургиялык операция. Ликвордук кулгуна гемостатикалык губка “Тахокомб”, булчуң жана сульфакрилат аркылуу кабаттап жамоо жолу менен бүтөлөт.

Баш сөздөр: назалдык ликворея, ликвордук кулгуна, сульфакрилат

METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF POSTTRAUMATIC NASAL LIQUORRHEA

Mamytov M.M.¹, Akmatallyev A.A.², Baymatov A.A.², Minenkov G.O.³

¹ Kyrgyz State Medical Academy

(rector – Professor Kudaibergenova I.O.),

² National Hospital under the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic (chief physician - Saginbaeva D.Z),

³ Tomex Medical Center (director – Derid L.V.)

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. Based on the analysis of 8 patients' examination results, the optimal methods of diagnosis and treatment of nasal liquorrrhea were found. Treatment of this disease is surgical. Layered plastic surgery, using hemostatic sponge "TachoComb", muscle and Sulfacrylate, is to be performed on liquor fistula.

Keywords: nasal liquorrrhea, liquor fistula, Sulfacrylate.

Назальная ликворея – это тяжелое заболевание, характеризующееся истечением ликвора из носа, в результате нарушения целостности анатомических структур основания черепа.

Ликворея встречается в 2-3% наблюдений от всех больных с травмой головы и у 5-11% пациентов с переломами основания черепа [1,2].

Проблемы назальной ликвореи не перестают быть актуальными, особенно на современном этапе развития, так как заболевание приводит к

тяжелому внутричерепному инфекционному осложнению – менингоэнцефалиту, частота которого варьирует от 3 до 50% [3,4]. Вероятность его развития тем выше, чем длительнее существует ликворея [5,6,7].

Существует множество хирургических методов, направленных на закрытие ликворных свищей, которые имеют свои положительные и отрицательные стороны. Однако, не смотря на мно-

гообразии хирургических методик лечения, с использованием эндоскопических технологий, операционного микроскопа, остается достаточно высокий процент рецидива, по данным литературы колеблется от 15 до 25% [8,9].

Диагностика истечения спинномозговой жидкости. Патогномичной неврологической симптоматики нет. Менингельный синдром характерен не только при ликвореи. Он может возникнуть при субарахноидальном кровоизлиянии или гнойном менингите, но никак не от собственно

ликвореи. Для определения наличия ликвора, вытекающего из уха и носа используют симптом «двойного пятна».

Материалы и методы. С 2000 года мы наблюдали 8 больных из них 7 (87,5%) мужчин и 1 (12,5%) женщин, с назальной посттравматической ликвореей. Для обследования и определения свища при назальной ликворее использовали компьютерный томограф Philips-Neusoft NeuViz 16. Перед началом исследования с целью обезболивания внутримышечно вводили баралгин 5 мл.

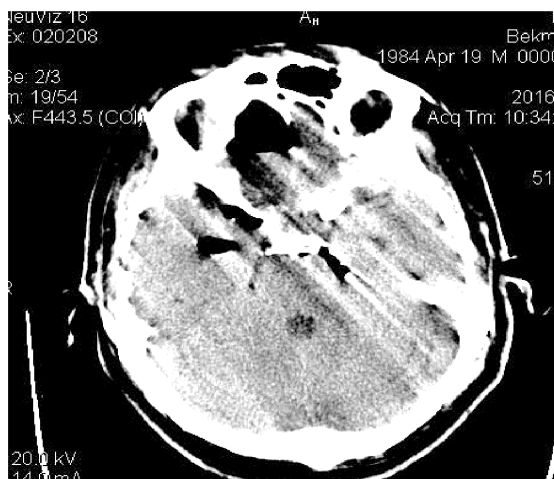


Рис.1 . Томограмма: наличие дефекта передней черепной ямки справа, в области ситовидной пластинки решетчатой кости с формированием пневмоцефалии.

Все пациенты поступали с посттравматической ликвореей. По локализации дефекта больные распределились следующим образом: решетчатая

кость – 4 (50%), пирамида височной кости – 2 (25%), клиновидная пазуха – 2 (25%) (рис. 2).

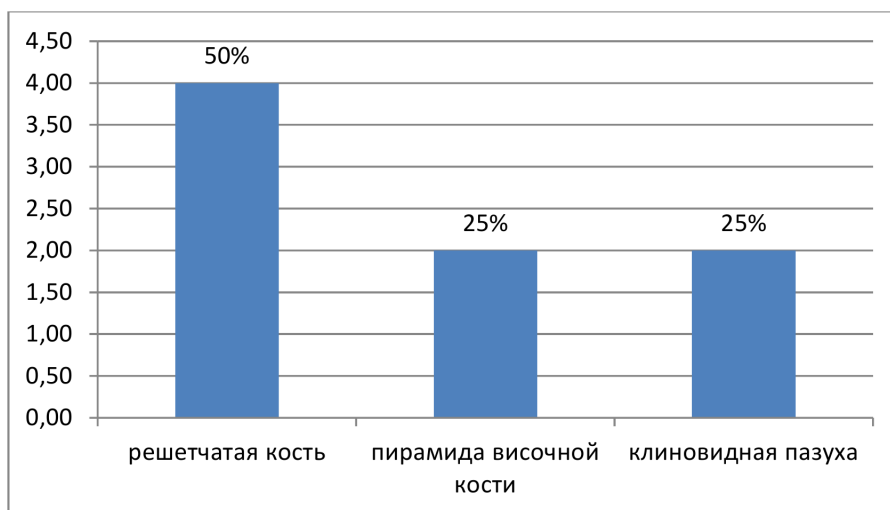


Рис. 2. Распределение локализаций ликворных свищей.

В основном у всех пациентов ликворея продолжалась от 7 дней до 1 месяца (табл. 1). Сроки проявления ликвореи после травмы в среднем составили 18,5 дней.

Таблица 1

Интервал времени между черепно-мозговой травмой и возникновением ликвореи

Временной интервал (сутки)	Число наблюдений	
	абс.ч.	%
7	4	50
10	2	25
15	1	12,5
29	1	12,5
Всего	8	100,0

Из таблицы видно, что наибольшее число случаев ликвореи отмечено в первую неделю после травмы, это связано с характером черепно-мозговой травмы.

Хирургическое вмешательство выполнено всем больным. Выбор доступа оперативного вмешательства осуществлялся с учетом локализации ликворного свища, его размеров и индивидуальных анатомо-физиологических особенностей.

В качестве примера диагностики и лечения приводим следующее наблюдение.

Больной Б., 1984 г.р., поступил в отделение нейрохирургии №2 Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики.

Жалобы при поступлении: на выраженные головные боли давящего характера, истечение жидкости из носа, больше справа, общую слабость, снижение памяти, шаткость при ходьбе.

Со слов больного 11.01.2016 г., в результате дорожно-транспортного происшествия получил черепно-мозговую травму, был госпитализирован в стационар по месту жительства. 25.01.2016 г. перенес операцию: удаление и элевация вдавленных отломков височной кости справа. Удаление эпидуральной гематомы. После операции состояние больного улучшилось, но перед выпиской у больного отмечается назальная ликворея. Для обследования и обнаружения возможного ликворного свища провели КТ головного мозга: данные за состояние после оперативного вмешательства с наличием дефектов передней черепной ямки справа, в области ситовидной пластинки решетчатой кости и чешуи правой височной кости с формированием пневмоцефалии (рис. 1). Провели операцию: 1) Костно-пластическая трепанация черепа в лобной области справа с послойной пластикой ликворной фистулы дефекта пластинки и медиальной стенки орбиты с помощью «Тахокомба», височной мышцей и сульфакрилатом 2) установка люмбального дренажа на уровне 3 и 4 поясничных промежутков.

Люмбальный дренаж в послеоперационном периоде находился в течении 7 дней, под прикрытием

антибиотиков. Больной выписан через 12 дней после операции с выздоровлением.

Выводы. Для диагностики ликворного свища наиболее информативным методом, по нашим данным, является компьютерная томограмма. У всех больных данный метод позволил выявить источник ликвореи. Оптимальным методом оперативного лечения является послойная пластика ликворной фистулы «Тахокомбом», мышцей и «сульфакрилатом». Все пациенты были выписаны из отделения, послеоперационной летальности не было и ни у одного пациента возникновения рецидива ликвореи не отмечали.

Литература:

1. Охлопков В.А., Потапов А.А., Кравчук А.Д., Лихтерман Л.Б. и др. Реконструктивная хирургия поврежденной основы черепа, сопровождающихся ликвореей. // В кн.: Реконструктивная и минимально инвазивная хирургия последствий черепно-мозговой травмы. - Москва, 2012. - С. 158-198.
2. Bernal-Sprekelsen M., Alobid I., Mullol J. et al. Closure of cerebrospinal fluid leaks prevents ascending bacterial meningitis // *Rhinology*. 2005 Dec; 43(4): 177-99.
3. Ratilal BO, Costa J, Sampaio C. Antibiotic prophylaxis for preventing meningitis in patients with basilar skull fractures // *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (1): CD004884.
4. MacGee EE, Cauthen JC, Brackett CE. Meningitis following acute traumatic cerebrospinal fluid fistula // *J Neurosurg* 1970; 33:312-6.
5. Bernal-Sprekelsen M., Alobid I., Mullol J. et al. Closure of cerebrospinal fluid leaks prevents ascending bacterial meningitis // *Rhinology*. 2005 Dec; 43(4): 277-81.
6. Harvey RJ, Smith JE, Wise SK, et al. Intracranial complications before and after endoscopic skull base reconstruction. // *Am J Rhinol* 2008;22:516-21
7. Eljamel M.S. Antibiotic prophylaxis in unrepaired CSF fistulae // *Br. J. Neurosurg*. 1993; 7(5): 501-5.
8. Лопатин, А.С. Диагностика и хирургическое лечение спонтанной назальной ликвореи / А.С. Лопатин, Д.Н. Капитанов, А.А. Потапов, А.А. Бородин // *Российская ринология*. -2002. - №2. - С. 29-33.
9. Briggs, R.J. Endoscopic transnasal intradural repair of anterior skull base cerebrospinal fluid fistulae / R.J. Briggs, P.J. Wormald // *J. Clin. Neurosci*. -2004. -vol. 11(6). - P. 597-599.