

СПОНТАННАЯ НАЗАЛЬНАЯ ЛИКВОРЕЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА

Гриценок В.А., Сокол И.Г.

*УЗ «25-я Центральная районная городская поликлиника
Московского района»,
г. Минск, Беларусь*

Назальная ликворея – истечение цереброспинальной жидкости (ликвора) из полости черепа вследствие повреждения костей основания черепа и твердой мозговой оболочки. По МКБ-10 имеет шифр G 96.0 истечение цереброспинальной жидкости (ликворея).

Первые упоминания о назальной ликворее описаны в литературе XVII века голландским хирургом Бидло Старшим. В 1899 году С. Томпсоном было представлено 20 клинических наблюдений спонтанной назальной ликвореи. Число пациентов с назальной ликвореей в последнее время неуклонно растет. Наибольшую опасность представляют внутричерепные осложнения, возникшие вследствие назальной ликвореи. По данным M.L. Durand et al., (1993) до 20% гнойных менингитов вызваны инфицированием полости черепа через ликворный свищ. Смертность в подобных ситуациях составляет от 25 до 50%.

Скудность симптоматики назальной ликвореи и схожесть её с другими ЛОР-заболеваниями (аллергический, нейро-вегетативный риниты и т. д.) приводят к ошибочной диагностике заболевания, назначению неадекватного лечения, что может приводить к развитию внутричерепных осложнений. Клиника проявления заболевания, кроме истечения спинномозговой жидкости из полости носа, характеризуется

рядом неспецифических симптомов: головной болью непостоянного характера, слабостью, астенизацией.

Чаще всего причинами риноликвореи являются черепно-мозговые травмы, так, по данным специальной литературы назальная ликворея обусловлена черепно-мозговой травмой (ЧМТ) приблизительно в 80-90% наблюдений [1]. Количество травм в мирное время в течение последних лет имеет четкую тенденцию к росту. Ликворная фистула локализуется чаще всего в области ситовидной пластинки решетчатой кости [3]. Это связано с малой прочностью ситовидной пластинки, тесным её взаимоотношением оболочек мозга с перфорацией и обонятельными волокнами.

Грубые хирургические манипуляции в полости носа и околоносовых пазух также могут являться причиной риноликвореи. Кроме того, в последние годы в связи с появлением новейших медицинских технологий нейрохирурги стали более радикально удалять новообразования полости черепа и смежных с ними структур (околоносовых пазух), поэтому свою актуальность приобрел вопрос профилактики и лечения назальной ликвореи ятрогенного генеза [5].

Отдельную группу составляют пациенты со спонтанной назальной ликвореей, развитие которых может быть вызвано патологическим процессом воспалительного, дегенеративного, опухолевого и дисэмбриогенетического генеза головного мозга и черепных костей. С каждым годом увеличивается число пациентов с остеопорозом [2], а также одной из причин спонтанной назальной ликвореи является опухолевый процесс. Существует мнение о том, что спонтанная назальная ликворея является патогномичным симптомом опухоли мозга.

Дискуссионным остается вопрос диагностики заболевания. На сегодняшний день не существует четкого алгоритма диагностических мероприятий. В доступной специальной литературе и среди собственных наблюдений имеются факты ошибок в диагностике назальной ликвореи, ставшей причиной развития гнойных внутричерепных осложнений.

Невнимательное отношение к своему здоровью со стороны пациентов, которые не понимают, что секретом из носа может быть ликвор и не обращаются к оториноларингологу с соответствующими жалобами. На амбулаторном приеме у оториноларинголога отсутствует настороженность, при диагностике хронических вазомоторных и аллергических ринитов и назальной ликвореи. Не выполняется биохимический анализ носового отделяемого. Современные лучевые методы исследования из-за их малой доступности откладываются на

длительный срок, что недопустимо учитывая опасность внутричерепных осложнений связанных с запоздалой диагностикой назальной ликвореи в амбулаторных условиях.

В проблеме хирургического лечения назальной ликвореи остается много нерешенных вопросов. Одним из основных является далеко не стопроцентная эффективность хирургических методик закрытия ликворного свищевого хода, число рецидивов заболевания по данным специальных источников информации варьирует в пределах от 15 до 25% [4].

Кроме того, послеоперационное ведение пациентов данной категории также имеет свои особенности, а именно - далеко не всегда производится мониторинг показателей давления ликвора и мероприятия, направленные на нормализацию ликворообращения. Проблему хирургического лечения назальной ликвореи нельзя назвать полностью решенной. И в специальной литературе встречаются пациенты, перенесшие неоднократные хирургические вмешательства на основании черепа без существенного клинического эффекта [4].

До настоящего времени не существует единого мнения по вопросу послеоперационного ведения таких пациентов, сроков их временной нетрудоспособности, рекомендаций по труду, что требует дальнейших исследований и поиска адекватных и эффективных решений обозначенных вопросов в этой области медицины, находящейся на границе двух специальностей - оториноларингологии и нейрохирургии.

Цель работы - обратить внимание оториноларингологов амбулаторного звена на диагностику истечения цереброспинальной жидкости при дифференциальной диагностике хронических ринитов, определить тактику по отношению к дальнейшему обследованию и лечению пациентов данной категории.

Объекты и методы. В УЗ «25 Центральная районная городская поликлиника Московского района» г. Минска под медицинским наблюдением находится 59500 человек.

Результаты. С июня 2011 года по декабрь 2011 года выявлено 3 факта назальной ликвореи (две женщины и один мужчина). У мужчины имелась неврологическая патология, приводящая к нарушению ликворообращения. У мужчины отделяемое из носа отмечалось периодически. Он был направлен на консервативное лечение к неврологам. Пациентки обратились с жалобами на постоянно «капающее» водянистое отделяемое из одной половины носа при наклоне головы. Женщины жаловались на периодические головные боли, слабость, астению. Из анамнеза было установлено, что они не имели травм и неврологических заболеваний. Предварительно данные

пациентки с указанными жалобами обращались в другие учреждения здравоохранения, где им были выставлены диагнозы: вазомоторного и аллергического ринита. Назначены топические глюкокортикостероиды (назонекс, фликсоназа) от применения которых выделения из носа стали ещё более обильными, а общее самочувствие ухудшилось. Всем пациентам предложено собрать в течение суток выделения из носа во флакон (около 1 мл.), на биохимический анализ. В лабораторных условиях в секрете определили уровень глюкозы (в обычных условиях в носовых секретах глюкоза отсутствует), что стало основанием для постановки диагноза спонтанной назальной ликвореи в амбулаторных условиях. В срочном порядке женщины направлены в УЗ «Больница скорой медицинской помощи» г. Минска для консультации нейрохирургов, где им проведены обследования с применением компьютерной томографии околоносовых пазух и полости черепа, компьютерной и магнитно-резонансной цистернографии. Были выявлены ликворные фистулы в области ситовидной пластинки решётчатой кости. Обоим пациенткам выполнена транскраниальная операция, трепанация в лобной области с пластическим закрытием ликворной фистулы со стороны полости черепа. Пациентки после лечения направлены нейрохирургами под наблюдение оториноларингологам поликлиники, но рекомендаций по поводу амбулаторного послеоперационного лечения и дальнейших обследований и наблюдения пациентов данной категории на современном этапе нет, так как причина спонтанной ликвореи не выяснена. Владея данными специальной литературы можно предположить, что данные факты могут быть предвестниками опухолей головного мозга. Таких пациентов необходимо наблюдать ещё и потому, что возможны рецидивы после хирургического лечения от 15% до 25% наблюдений.

Российские нейрохирурги в ранний послеоперационный период у пациентов с назальной ликвореей рекомендуют проводить мероприятия, направленные на нормализацию ликворного давления. Пациенты должны находиться на динамическом наблюдении у нейрохирургов или неврологов, с периодическим (1 раз в год) лучевым контролем, с целью снижения риска рецидива назальной ликвореи.

Заключение. Необходимо иметь настороженность оториноларингологам амбулаторного звена при постановке диагноза хронического ринита. Дифференцировать ринорею с назальной ликвореей методом исследования назального секрета на глюкозу.

Места для консультации нейрохирургов или отоневрологов в г. Минске должно быть оснащено оборудованием компьютерным

томографом и магнитно-резонансным томографом для срочной диагностики пациентов с назальной ликвореей.

Имеется необходимость диалога нейрохирургов клиник, неврологов и оториноларингологов поликлиник для определения преимущества наблюдения в послеоперационный период у пациентов со спонтанной назальной ликвореей, а также выбора последующих диагностических мероприятий и дачи рекомендаций по труду для данной группы пациентов.

Литература.

1. Лебедев, В.В. Диагностика ликвореи в остром периоде ЧМТ / В.В. Лебедев, В.А. Карамышев // Хирургия. - 1985. - № 11. - С. 34-37.
2. Родионова, С.С. Остеопороз: патогенез, диагностика и лечение / С.С. Родионова, Л.Я. Рожинская, Е.И. Марова // Региональная организация врачей и ученых по изучению проблем, связанных с остеопорозом. - М., 1997. - С. 1-11.
3. Шеврыгин, Б.В. Синусит у детей и взрослых / Б.В. Шеврыгин. - М.: «Медицина», 1998. - 256 с.
4. 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.
5. Choi, D. Traumatic cerebrospinal fluid leakage: risk factors and the use of prophylactic antibiotics / D. Choi, R. Spann // Br. J. Neurosurg. - 1996. - Vol. 10 (6). - P. 571-575.