

ЗАТВЕРДЖЕНО

наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 25.04.2006 № 380

Протокол надання медичної допомоги хворим із назальною лікворесією

Шифр за МКХ-10: G 96

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Основним симптомом назальної ліквореї є витікання рідини з одного чи двох носових ходів або затікання її по задній стінці глотки.

Витікання рідини може бути постійним або ремітуючим, за кількістю рідини – значним, помірним або незначним.

Головний біль виникає у більшості хворих і має різний характер – на фоні витікання рідини свідчить про гіпотензію, в період ремісії – свідчить про гіпертензивні ліквородинамічні порушення.

Назальна лікворея виникає внаслідок черепно-мозкової травми (травматична), хіургічного втручання (ятрогенна), вроджених аномалій розвитку, новоутворень основи черепа (симптоматична) та через збільшенні анатомічні отвори решітчастої кістки внаслідок ліквородинамічних порушень (спонтанна).

Клінічні форми ліквореї класифікуються залежно від терміну її виникнення, тривалості, перебігу захворювання та пов'язаних з ним ускладненнями, локалізації лікворної фіstuли. При цьому основними факторами, що вирішують подальшу тактику лікування (нехіургічну чи хіургічну), є:

1. Термін виникнення: рання лікворея (до 3 тижнів), пізня лікворея (пізніше 3 тижнів).
2. Тривалість ліквореї: нетривала травматична (ятрогенна) лікворея (до 3 місяців), тривала травматична ятрогенна лікворея, нетривала спонтанна лікворея (до 1 року), тривала спонтанна лікворея (більше 1 року).
3. Наявність захворювання на менінгіт.
4. Локалізація лікворної фіstuли: в ділянці лобної пазухи, в ділянці решітчастої кістки, в ділянці клиноподібної пазухи.
5. Наявність вторинних гіпертензивних проявів.

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Пацієнти з назальною лікворесією підлягають стаціонарному лікуванню у нейрохірургічному відділенні.

Діагностика назальної ліквореї

Наявність глюкози ($> 0,3$ мг в мл) у рідині, яка витікає, достовірно відрізняє її від носового секрету ($< 0,05$ мг в мл) і свідчить про наявність ліквореї.

Перелік діагностичних заходів:

1. Збір анамнестичних даних та скарг хворого.
2. Огляд лор-спеціаліста.
3. Якісне (проба «Глюкотест») або кількісне визначення глюкози у рідині, яка витікає.
4. Інструментальні методи дослідження:
 - оглядова краніографія – візуалізує переломи склепіння та основи черепа;
 - КТ, МРТ – використовується для визначення можливої причини виникнення ліквореї;
 - комп’ютерно-томографічна цистернографія – найбільш інформативний метод визначення локалізації лікворної фіstuли.

Лікування

Лікувальна тактика залежить від виду назальної ліквореї та клінічної форми.

Лікування симптоматичної ліквореї насамперед потребує усунення причини, що призвела до виникнення ліквореї з одночасною пластикою лікворної фістули в разі потреби.

При травматичній та ятрогенній ліквореї лікувальна тактика не відрізняється.

Нехіургічне лікування хворих з назальною ліквореєю

У випадках ранньої нетривалої ліквореї використовується консервативна (медикаментозна) терапія, що направлена на зменшення лікворопродукції та лікворного тиску (включає застосування комплексу: строфантин по 0,5 мл 2 рази на добу в/м, діакарб по 1 т. 2 рази на добу в поєднанні з препаратами калію).

У разі неефективності консервативного лікування застосовується зовнішнє тривале люмбальне дренування, направлене на створення штучної лікворної гіпотензії.

Хіургічне лікування хворих з назальною ліквореєю

Показання до оперативного втручання встановлюються в разі неефективності вищезазначених методів лікування, наявності напруженої пневмоцефалії, поренцефалії, значного витікання рідини з вираженими гіпотензивними проявами, або якщо лікворея тривала. Значення мають шляхи витікання спинномозкової рідини – лікворея шлуночкова чи субарахноїдальна (діагностується за допомогою проби Пусепа). Шлуночкові ліквореї (при пробі Пусепа витікання рідини посилюється) також є показом до хіургічного втручання.

Метод оперативного втручання обумовлюється локалізацією лікворної фістули, перебігом захворювання. При локалізації фістули в ділянці лобної пазухи показано використання транскраніального екстрадурального методу втручання, в ділянці решітчастого лабіринту – транскраніального інтрадурального. Локалізація лікворної фістули в ділянці клиноподібної пазухи потребує використання ендоназального методу втручання. У випадках, коли за час тривалого перебігу ліквореї, особливо у хворих, що перенесли менінгіт, сформувались вторинні гіпертензивні ліквородінамічні порушення, виправдане використання лікворошунтуючого або комбінованого методу хіургічного лікування (транскраніальне чи ендоназальне втручання доповнюється лікворошунтуючим). При рецидивах та незначних ліквореях, коли локалізація фістули не визначена, методом вибору теж можуть бути лікворошунтуючі втручання.

Спонтанна лікворея краще піддається консервативному лікуванню, що обумовлено механізмами її виникнення, тому використання медикаментозного лікування та тривалого люмбального дренування є виправданим.

У зв'язку з тим, що локалізація фістул при спонтанній ліквореї обмежена решітчастою пластиною, методом хіургічного втручання є транскраніальний інтрадуральний. У випадках, що супроводжуються гіпертензивними явищами, використовуються методи, описані вище.

Оперативні втручання виконуються під загальним знеболюванням. Ендоназальні втручання потребують наявності рентгенопераційної, що оснащена ЕОПом та операційним мікроскопом.

Транскраніальні втручання проводять з біфронтального доступу. Інтрадуральний метод доповнюється перев'язуванням верхнього сагітального синуса в його передній третині. Обов'язкова ревізія передньої черепної ями з обох сторін.

При проведенні лікворошунтуючих оперативних втручань переважно застосовується люмбо-перitoneальна модифікація. Попереднє тривале люмбальне дренування є тест-контролем ефективності майбутнього шунтуючого втручання (від'ємна реакція проби «Глюкотест» на фоні функціонального дренажу).

У післяопераційному періоді при транскраніальних та ендоназальних втручаннях також необхідне застосування тривалого дренування з метою запобігти компенсаторній лікворній гіпертензії.

З метою зниження лікворопродукції в післяопераційному періоді призначається діакарб протягом 1-3 місяців за схемою (по 1 т. 2 рази на добу о 9 та 14 годині – 5 діб з додаванням препаратів калію, із перервою в два тижні).

Критерії ефективності та очікувані результати лікування

Середній термін лікування у нейрохірургічному стаціонарі – до 30 діб.

Критеріями якості лікування є поліпшення загального стану хворого та відсутність ліквореї при виписці зі стаціонару.

Амбулаторний нагляд за хворими проводиться протягом 3 років з періодичним оглядом отоларинголога, контрольної проби «Глюкотест», оскільки найбільша кількість рецидивів виникає в перші 3 місяці, а потім в термін між 1-3 роками.

Директор

**Департаменту організації та розвитку
 медичної допомоги населенню**

Підпис

P.O. Моісеєнко