

## Реконструктивные вмешательства в хирургии посттравматической назальной ликвореи

Дзяк Л.А., Зорин Н.А., Сирко А.Г., Сальков Н.Н.

Днепропетровская государственная медицинская академия  
Днепропетровск  
Украина  
(056) 7135113  
neurosirko@mail.ru

**Цель работы.** Оценка эффективности оперативных вмешательств в лечении посттравматической назальной ликвореи (ПНЛ).

**Материал и методы.** С 2002 по 2010 год оперировано 39 больных с ПНЛ. Показание к операции – ликворея, сохраняющаяся на фоне длительного наружного дренирования ликвора.

С целью определения локализации ликворного свища проводили фистулоцистернографию при помощи аппарата Philips-Integris V-300 в режиме рентгеноскопии (в 2002–2006 гг.) и КТ-цистернографию (с 2006 г.) В данном случае в положении больного по Транделенбургу выполнялась СКТ во фронтальной проекции с шагом в 1 мм.

**Результаты.** Локализация ликворного свища в области лобной пазухи (ЛП) отмечена у 14 пациентов, в области решетчатой кости (РК) – у 18, в области клиновидной пазухи (КП) – у 4, более 1 фистулы – у 3 больных.

При локализации ликворной фистулы в области ЛП во всех случаях применялся интракраниальный доступ с экстрадуральным подходом. Выполняли односторонний субфронтальный доступ. Слизистую ЛП удаляли. Проводили облитерацию лобной пазухи надкостничным лоскутом на питающей ножке, выкроенным в начале операции. Рецидивов ликвореи в данной группе больных не отмечали.

При локализации ликворной фистулы в области РК в 8 случаях применялся эндоназальный доступ, в 10 – интракраниальный доступ с интрадуральным подходом к ликворной фистуле. Выбор доступа зависел от размеров дефекта основания черепа и характера истечения ликвора. В случаях эндоназального доступа для пластики использовали полимерный клей «Левкин». При эндоназальном доступе рецидив ликвореи отмечался в 2-х случаях, что потребовало проведения транскраниального вмешательства.

При интракраниальном доступе проводили послойную пластику дефекта черепа в области РК. Для пластики использовали аутокрани (надкостничный лоскут или височная мышца с фасцией). В 4 случаях аутотрансплантант фиксировали биологическим фибрин-тромбиновым клеем («Тиссукол» или «Bioglue»), в 6 случаях – дефект, заполненный аутоканями, закрывали пластиной «TachoComb». Аналогичная пластика выполнялась при наличии нескольких фистул (сочетание лобная пазуха – площадка клиновидной кости, лобная пазуха – решетчатая пластинка). Эффективность закрытия ликвореи при интракраниальных вмешательствах составила – 100%.

При локализации ликворной фистулы в области КП во всех случаях использовали эндоназальный доступ. В качестве пластического материала использовали абдоминальный жир в сочетании с фибрин-тромбиновым клеем. Рецидивов ликвореи не отмечалось.

**Выводы.** Адекватный выбор хирургического доступа и материала закрытия ликворной фистулы в зависимости от локализации и размеров дефекта основания передней черепной ямки позволяет добиться хороших результатов в хирургии ПНЛ.

## Штучна гіпероксигенація поліпшує результати лікування тяжкої черепно-мозкової травми

Дудукіна С.О., Кобеляцький Ю.Ю.

Обласна клінічна лікарня ім. Мечнікова  
Дніпропетровськ  
Україна  
+380509472243  
dudukina@ukr.net

**Мета:** дослідити вплив оксигенації артеріальної крові в гострому періоді тяжкої черепно-мозкової травми на результати лікування.

**Матеріали та методи:** Обстежено 42 пацієнта з тяжкою черепно-мозковою травмою, що знаходились на лікуванні у відділенні нейроанестезії обласної клінічної лікарні ім. І.І. Мечнікова м. Дніпропетровськ. Всім хворим на передодні надходження у відділення проведено оперативне втручання – видалення суб – чи епідуральної гематоми, постановка датчику вимірювання внутрішньочерепного тиску та декомпресивна трепанація черепа. Стан хворих оцінювався як тяжкий і перед оперативним втручанням за CGS складав 4-5 балів. Лікування хворих проводилось згідно сучасним національним рекомендаціям. Штучна та допоміжна вентиляція легенів – сучасними респираторами Hamilton (Hamilton Mmedical AG) та Engstrom (Datex Ohmeda). Внутрішньочерепний тиск вимірювали монітором Spiegelberg компанії Spiegelberg GmbH. Рівень газів крові визначався на аналізаторі CHIRON 238 (Bayer Diagnostics) відразу після забору венозної та артеріальної крові. Хворі були поділені на дві групи. Першу групу склали 23 пацієнта, які лікувались тільки згідно стандартам, другу – 19 пацієнтів, яким на тлі стандартної терапії досягали значень індексу P/F >500 за допомогою «рекрутуючого» маневру легенів у власній модифікації.

**Результати і їх обговорення:** В обох групах спостереження внутрішньочерепна гіпертензія корегувалась відразу після виникнення. У пацієнтів другої групи її вдавалось швидше корегувати, у 47,4% хворих достатньо було інфузії середніх доз манітолу, тільки у 31,5% використовували аналгоседацію. У пацієнтів першої групи в 56,5% випадків застосовували агресивні методики – інфузію великих доз гіперосмолярних препаратів, вазопресорів, в 60,8% аналгоседацію, в 8,7% системну терапевтичну гіпотермію. Час нормального внутрішньочерепного тиску був більшим після інфузії манітолу в середньому на 1,5 години у хворих другої групи. В першій групі хворих частота розвитку внутрішньолікарняної пневмонії складала 43,5%, в другій – 21%, частота інших назокоміальних інфекцій (кров, сеча, рана) в першій групі складала – 21,7%, в другій – 10,5%. Час надходження пацієнтів в комі в першій групі був меншим – 13,3±2,3 доби, в другій групі склав 11,2±2,1 доби. Летальність в першій групі – 17,4%, в другій – 15,8%.

**Висновки:** штучна гіпероксигенація, що створюється за допомогою «рекрутуючого» маневру легенів, в гострому періоді тяжкої черепно-мозкової травми поліпшує безпосередні результати лікування та впливає на загальні показники летальності.