

частота повышенных титров антител к anti-CCP была обнаружена у пациентов с эрозивным РА по сравнению с пациентами с неэрозивным РА (78,3% против 43,2% соответственно). Кривая ROC для anti-CCP проходит ближе к верхнему левому углу, чем другие маркеры и площадь под кривой anti-CCP была значительно больше, чем площадь под кривой других маркеров (0,755 для anti-CCP, 0,660 для СОЭ, 0,611 для CRP, 0,577 для РФ и 0,484 для MMP-3 женщин). Положительная прогностическая ценность была выше для антител к anti-CCP по сравнению с другими маркерами. Мы не нашли значительной статистической корреляции между титрами антител к anti-CCP и воспалительными маркерами, такими как СОЭ или СРБ. Однако, мы подтвердили корреляцию повышенных титров антител к anti-CCP и РФ в обеих группах пациентов, тогда как степень корреляции была более значимой у пациентов с неэрозивным РА. Результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что наличие повышенных титров антител к anti-CCP имеет лучшее диагностическое значение по сравнению с MMP-3, РФ, СРБ и СОЭ у больных с эрозивным РА.

Ключевые слова: ревматоидный фактор, антитела к anti-CCP, С-реактивный белок, скорость оседания эритроцитов, ревматоидный артрит.

Стаття надійшла 21.06.18 р.

high titers of antibodies to anti-CCP has been found in patients with erosive RA compared to patients with RA noterosive (78.3% vs. 43.2%, respectively). ROC curve for anti-CCP passes near the upper near left corner than the other markers and area under the curve anti-CCP was much larger than the area under the curve of other markers (0.755 for anti-CCP, 0.660 for ESR, 0.611 for CRP, 0.577 for RF and 0.484 MMP-3 for women). The positive predictive value was higher for antibodies to anti-CCP compared with other markers. We found no significant statistical correlation between antibody titers for anti-CCP and inflammatory markers such as CRP or ESR. However, we have confirmed the correlation of high antibody titers for anti-CCP and RF in both groups of patients, while the degree of correlation was more significant in patients with RA noterosive. Our results indicate that the presence of high titers of antibodies to anti-CCP has better diagnostic value compared to MMP-3, RF, CRP and ESR in patients with erosive RA.

Keywords: rheumatoid factor, antibodies for anti-CCP, C-reactive protein, erythrocyte sedimentation rate, rheumatoid arthritis.

Рецензент Скрипник І.М.

DOI 10.26724/2079-8334-2019-2-68-48-53

УДК: 616.213.6:612.324.1-089

Д.И. Заболотный, Д.Д. Заболотная, Э. Р. Исмагилов,
ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко НАМН Украины», Киев

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕЕЙ ИЗ КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ

e-mail: ismagilovaldar08@gmail.com

За последнее время, в связи с развитием эндоскопической хирургии сельлярно-хиазмальной области, хирургическое лечение назальной ликвореи, причиной которой является костный дефект в клиновидной пазухе, представляется актуальной и весьма значимой проблемой. Целью исследования было оценить эффективность хирургического лечения с использованием различных методик пластики у пациентов с назальной ликвореей, источником которой является костный дефект в области клиновидной пазухи. У 39 пациентов, причиной возникновения ликвореи была проведенная в анамнезе, операция по поводу удаления аденомы гипофиза. Размеры дефекта при этом составляли от 0,7 до 0,9 см. У 21 пациента пластика выполнена с использованием широкой фасции бедра, фрагментом аутокости с последующим использованием слизистого лоскута на питающей сосудистой ножке. У 18 пациентов использовался фрагмент широкой фасции бедра со слизистым лоскутом. У 8 пациентов костный дефект располагался в области латерального кармана клиновидной пазухи. У 6 пациентов пластика была выполнена широкой фасцией бедра, аутокостью, слизистым лоскутом. 2 пациентам была выполнена обтурация клиновидной пазухи аутожировой тканью. Рецидив ликвореи отмечался у 5 пациентов, у которых возникла ликворея интраоперационно, при удалении аденомы гипофиза пластика дефекта, которым выполнялась без использования аутокости. У 2-х пациентов отмечался рецидив ликвореи, которым была выполнена обтурация пазухи аутожировой тканью. Пластика костных дефектов в области клиновидной пазухи, размеры которых превышают 0,7 см должны осуществляться с использованием фрагмента широкой фасции бедра, которая фиксируется в костном окне аутокостью по типу "защёлки".

Ключевые слова: назальная ликворея, клиновидная пазуха.

Работа является фрагментом НИР "Исследовать эффективность методов пластики послеоперационных дефектов дна передней и средней черепной ямки и определить оптимальные варианты пластики у больных с доброкачественными и злокачественными опухолями передней и средней черепных ямок", номер государственной регистрации 0116U007021.

Назальная ликворея является патологическим состоянием, при котором, по причине возникновения дефекта в костях основания черепа и твердой мозговой оболочке, происходит сообщение ликворного пространства головного мозга с полостью носа или околоносовых пазух, и как следствие - истечение ликвора в полость носа. Это крайне опасное для жизни пациента состояние, которое может приводить к таким грозным осложнениям, как менингит, энцефалит, абсцесс мозга и т.д [1].

Как считалось ранее, возникновение назальной ликвореи наиболее часто являлась следствием возникновения костного дефекта черепа в области ситовидной пластинки или крыше

решетчатого лабиринта [9]. Однако за последнее время, в связи с развитием эндоскопической хирургии sellarно-хиазмальной области с использованием эндоскопического эндоназального доступа в хирургии аденом гипофиза, возникновение случаев ятрогенной назальной ликвореи, причиной которой является костный дефект в клиновидной пазухе, представляется актуальной и весьма значимой проблемой в силу своей распространённости, требующей адекватного и рационального решения [2,6].

Если брать во внимание литературные источники, указывающие на то, что при спонтанной назальной ликворее, именно зона перехода латеральной стенки клиновидной пазухи в основание черепа, является слабым местом указанной области, а также предрасполагает к возникновению переднемедиального височного менинго- или менингоэнцефалоцеле, что в свою очередь также может привести к развитию назальной ликвореи [8]. Врожденные анатомические особенности строения клиновидной кости (наличие латерального кармана клиновидной пазухи с персистенцией канала Штернберга), равным образом могут быть предрасполагающими факторами возникновения назальной ликвореи.

Все перечисленное, а также учитывая особенности расположения клиновидной пазухи и наличие вокруг жизненно важных анатомических образований (сонная артерия, кавернозный синус, зрительный нерв), заставляет искать пути рационального решения вопроса о хирургическом лечении пациентов с назальной ликвореей, основным источником которой является костный дефект, располагающийся в стенке клиновидной пазухи.

Целью работы было оценить эффективность хирургического лечения с использованием различных методик пластики у пациентов с назальной ликвореей, источником которой является костный дефект в области клиновидной пазухи.

Материал и методы исследования. За период с 2011 по 2018 гг. было оперировано 47 пациентов с назальной ликвореей, вызванной наличием костного дефекта в области клиновидной пазухи.

Из них, у 39 пациентов, причиной возникновения ликвореи была проведенная операция по поводу удаления аденомы гипофиза. Общепринятой методикой проведения данной операции у указанных пациентов являлось оперативное вмешательство, с использованием эндоскопического эндоназального доступа, при котором удаляется передняя стенка клиновидной пазухи и осуществляется доступ к турецкому седлу, затем формируется костный дефект в области турецкого седла, размерами от 0,7 до 0,9 см, в последующем вскрывается твёрдая мозговая оболочка и удаляется опухоль.

Активность интраоперационно возникшей ликвореи оценивалась по шкале Esposito F., где 0 – степень отсутствие ликвореи подтверждённое маневром Вальсальвы, а 4 – степень профузная ликворея [3]. У данных пациентов ликворея была 2-й степени, т.е. ликворея была умеренной, при этом явно визуализировался дефект диафрагмы турецкого седла.

В зависимости от методики выполнения реконструкции костного дефекта настоящие пациенты были распределены нами на 2 группы.

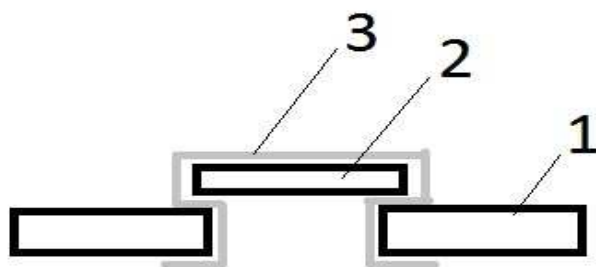


Рис. 1. Фиксация фрагмента широкой фасции бедра аутокостью по типу «защёлки». Примечания: 1 – кость основания черепа, 2 – фрагмент аутокости, 3 – фрагмент широкой фасции бедра.

В 1-ю группу был включен 21 пациент, которым пластика выполнялась по предложенной нами методике, которая заключалась в следующем: после удаления опухоли и подтверждения наличия ликвореи, пластика твёрдой мозговой оболочки осуществлялась с использованием фрагмента широкой фасции бедра, которая фиксировалась в зоне костного дефекта определенным образом, фрагментом аутокости пациента. Фрагмент аутокости использовали из костного отдела перегородки носа, либо из фрагментов передней стенки клиновидной пазухи (что предпочтительнее). Аутокость при этом, фиксировала фасцию в турецком седле по типу «защёлки» (рис. 1).

Убедившись в герметичности пластической конструкции, ее накрывали сверху мукоперихондриальным септальным лоскутом на питающей сосудистой ножке (назосептальный лоскут). Пластическая конструкция фиксировалась в пазухе путём раздувания в ней баллона катетера Фоллея.

2-ю группу составили 18 пациентов, которым была выполнена реконструкция дефекта турецкого седла по общепринятой методике, с использованием только фрагмента широкой фасции бедра и фиксацией его интракраниально. После того как подтверждалось герметичное закрытие дефекта, в полость пазухи на зону дефекта так же укладывался назосептальный лоскут (как и в 1 группе) и фиксировался баллоном катетера Фоллея.

Всем пациентам как 1-й, так и 2-й групп назначался постельный режим на 8 суток, антибактериальная терапия. Баллон сдувался и удалялся из клиновидной пазухи на 7-е сутки. Всем пациентам через 1; 3 и 6 мес. после хирургического вмешательства выполнялось эндоскопическое исследование полости носа. Критерием оценки эффективности выполненной методики пластики дефекта твёрдой мозговой оболочки и костного дефекта служило отсутствие ликвореи.

Так же отдельно мы исследовали 8 пациентов у которых костный дефект располагался в области латерального кармана клиновидной пазухи (латеральная стенка), и сопровождался наличием черепно-мозговой грыжи (менингоцеле или менингоэнцефалоцеле). Размеры дефекта у этих пациентов составляли от 1,0 до 2,4 см. Следует подчеркнуть, что у этих пациентов ликворея являлась спонтанной.

Эти пациенты так же были подразделены на 2 группы в зависимости от выполненного доступа к месту костного дефекта и методики пластики. В первую группу вошло 6 пациентов, которые были прооперированы с использованием эндоскопического эндоназального трансптеригоидального доступа к латеральному карману клиновидной пазухи. Метод оперативного вмешательства заключался в следующем: после удаления всей передней стенки клиновидной пазухи, алмазным бором удалялась латеральная пластинка крыловидного отростка, после чего латеральный карман клиновидной пазухи можно было полностью визуализировать и, самое главное, свободно манипулировать инструментами в области латеральной стенки используя технику в “три руки”. Менингоцеле или менингоэнцефалоцеле в данном случае иссекалось и удалялась, после чего пластика твёрдой мозговой оболочки и костного дефекта осуществлялась с использованием фрагмента широкой фасции бедра с фиксацией её аутокостью по типу “зашёлки”. После этого в полость пазухи в зоне латерального кармана эта пластическая конструкция накрывалась заранее приготовленным фрагментом мукоперихондриального лоскута на питающей сосудистой ножке с одноимённой стороны. Лоскут фиксировался в полости пазухи путём раздувания баллона катетера Фоллея.

Вторую группу составили 2 пациента которым была выполнена сфенотомия с удалением полностью передней стенки клиновидной пазухи. После чего, используя угловую эндоскопическую технику и угловой инструмент, удалялась слизистая из зоны латерального кармана, в результате полость пазухи полностью обтурировалась аутожировой тканью (фрагмент жировой ткани с передней поверхности передней брюшной стенки). Полость носа тампонировалась. Пациентам как первой, так и второй групп назначался постельный режим на 8 суток, баллон катетера Фоллея спускался и удалялся на 7 сутки.

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно данным, полученным в результате исследования, установлено, что пациенты с ликвореей возникшей в процессе удаления аденомы гипофиза, макроаденомы (размер опухоли от 10 до 20 мм) составляли 30%, а большие аденомы (размер опухоли от 20 до 40 мм) составляли 70 %. Причём удаление опухоли было тотальным во всех случаях. Учитывая размеры опухоли и тотальное её удаление интраоперационное возникновение ликвореи объяснимо. Во всех указанных случаях, у пациентов ликворея была диагностирована во время операции. По данным шкалы Esposito F., интраоперационно ликворея была умеренной, однако чётко визуализировался дефект диафрагмы турецкого седла [3]. Вероятнее всего, учитывая, что опухоль была удалена полностью, травма диафрагмы была вызвана наконечником инструмента (кюретки или отсоса) [7]. В ходе пластики дефекта твёрдой мозговой оболочки и кости у пациентов первой группы для фиксации фрагмента широкой фасции бедра использовался фрагмент аутокости, который фиксировал фасцию в краях дефекта по типу “зашёлки”. Что уже в сравнении интраоперационной картины с пациентами 2 группы (где аутокость не использовалась), было видно, что у пациентов 1 группы отсутствует пульсация в зоне пластики дефекта, а у пациентов 2 группы пульсация в области пластической конструкции в той или иной степени визуализировалась даже после укладки назосептального лоскута в полость клиновидной пазухи. Следует подчеркнуть, что размеры костного дефекта у пациентов в обеих группах были примерно равными, и варьировали от 0,7 до 0,9 см. Течение послеоперационного периода у пациентов обеих групп было идентичным. Все получали антибактериальную

терапию, анальгетики. Постельный режим назначался на 8 суток. Тампоны из полости носа удалялись на 2 сутки после операции. Баллон катетера Фоллея сдувался на 7 сутки и удалялся из полости носа на 7 сутки после операции. В отдалённом послеоперационном периоде жалобы на наличие корочек в полости носа, слизистые выделения из носа у пациентов обеих групп были практически идентичными. Следует отметить, что пациентам, которым была выполнена задняя септотомия, количество корочек в полости носа было более выраженным. У 2-х пациентов 2 группы на 9 сутки отмечался рецидив ликвореи, что потребовало повторного оперативного вмешательства. У 3-х пациентов 2 группы рецидив ликвореи отмечался чрез 1 мес. после оперативного вмешательства, в то время как рецидивов в 1 группе пациентов не было.

Резюмируя вышесказанное, следует отметить, что пластика турецкого седла обязательна во всех случаях после оперативного вмешательства по поводу аденомы гипофиза. Даже в случаях отсутствия ликвореи, необходимо проводить пластику либо фрагментом широкой фасции бедра, либо аутожировой тканью. Это в свою очередь препятствует возможному возникновению так называемого “контактного менингита”, и в случае если ликворея интраоперационно не распознана, позволяет предупредить в определённой мере её рецидив. При наличии интраоперационно возникшей ликвореи пластику турецкого седла лучше выполнять с использованием аутокости, которой фиксируют фасцию в костном окне по типу “защёлки”. Эта методика позволяет надёжно зафиксировать фрагмент широкой фасции бедра в костном дефекте, препятствуют смещению мягкотканного трансплантата. К тому же аутокость выступает так называемым “экраном”, что способствует погашению пульсовой волны ликвора в зоне пластики, тем самым вероятность смещения трансплантатов минимальна. В последующем при использовании дополнительного слоя пластики (назосептального лоскута), в виду отсутствия пульсации в зоне пластики, фрагмент слизистого лоскута может лучше зафиксироваться в зоне пластики, исключается развитие пустот под лоскутом, что в свою очередь снижает риск развития рецидива. К тому же такое “обёртывание” костного трансплантата во фрагмент фасции обеспечивает полное отсутствие риска травмирования острыми и жёсткими краями кости окружающих интракраниально его расположенных структур (кавернозный синус, внутренняя сонная артерия и т.д.)

Исходя из данных результатов исследования пациентов с наличием костного дефекта в области латерального кармана клиновидной пазухи установлено следующее: у 6 пациентов по данным МРТ исследования в предоперационном периоде имело место менингоцеле латерального кармана клиновидной пазухи. У 2 пациентов имело место менингоэнцефалоцеле клиновидной пазухи. Эти данные были подтверждены интраоперационно. Следует отметить, что по данным мировой литературы при наличии по данным КТ исследования дефекта в области латерального кармана клиновидной пазухи с подтверждённой назальной ликвореей, проведение МРТ исследования в предоперационном периоде у таких пациентов является обязательным. [1,9]. В первую очередь необходимо проводить дифференциальную диагностику между менингоцеле и энцефалоцеле. Так как при наличии менингоцеле его можно вправить либо удалить самостоятельно, а при наличии энцефалоцеле решение об удалении части мозговой ткани должен принимать нейрохирург. Также при наличии подозрения на опухолевый процесс необходимо повторно проводить МРТ - исследование с контрастированием, и решать вопрос о биопсии новообразования с последующим планированием оперативного вмешательства. Так же при проведении МРТ исследования определяется наличие жизненно важных анатомических структур в зоне хирургического вмешательства (внутренняя сонная артерия, кавернозный синус, зрительный нерв).

Следует отметить что по данным МРТ исследования у 6 из 8 пациентов определялся синдром “пустого” турецкого седла, что свидетельствовало о наличии интракраниальной гипертензии. У 6 пациентов 1 группы в процессе выполнения трансптеригоидального доступа, отмечалось кровотечение из *a.sphenopalatina*, что устранялось путём её коагуляции. При выполнении этого доступа осуществлялась полная визуализация костного дефекта в области латерального кармана клиновидной пазухи, процесс работы в “три руки” был прост и обеспечивал полностью работу с использованием оптики в 00 и прямыми инструментами. После визуализации костного дефекта, если возможно, при наличии менингоцеле проводилось вправление его интракраниально. Затем проводилась дезэпителизация слизистой вокруг костного дефекта. Всем пациентам 1 группы выполнялась пластика с использованием фрагмента широкой фасции бедра с фиксацией её в костном окне по типу “защёлки”. После этого вся пластическая конструкция накрывалась назосептальным лоскутом, которая фиксировалась в пазухе путём раздувания баллона катетера Фоллея, который удалялся на 7 сутки после операции. У 2 пациентов 2 группы после

выполнения широкой сфенотомии, с использованием угловой оптики производилось удаление слизистой на стороне поражения клиновидной пазухи. Следует отметить, что менингоцеле у этих пациентов находилось подслизисто, и твёрдая мозговая оболочка визуализировалась только после удаления слизистой. После чего, с использованием аутожировой ткани, производилась облитерация клиновидной пазухи ею. Фиксация аутожировой тканью происходила с помощью гидрогелевого клея. Пациенты обеих групп находились на строгом постельном режиме 7 суток. Им назначалась антибактериальная терапия, анальгетики, диакарб.

В раннем послеоперационном периоде пациенты второй группы отмечали жалобы на головную боль, болезненность в затылочной области. В позднем послеоперационном периоде жалобы на наличие корочек в полости носа, слизистые выделения из носа преобладали у пациентов 1 группы. При выполнении эндоскопического исследования у пациентов 1 группы отмечалась наличие корочек в полости носа, формирование перфорации перегородки носа (у 3 пациентов из 6). Однако у пациентов 2 группы через 1 мес. после операции в области клиновидной пазухи отмечалась пульсация пластического материала, через 1,5 мес. пациенты данной группы начали отмечать периодически жидкие выделения из носа, а через 2 мес. у них возник рецидив ликвореи, что потребовало повторного хирургического вмешательства, в то время как у пациентов, которым проводилась пластика с использованием аутокости, рецидивов не было.

Исходя из полученных данных следует отметить, что способ obturation клиновидной пазухи аутожировой тканью является в техническом плане более простым, выполняется более быстро, однако он не обеспечивает гарантии отсутствия рецидива ликвореи. Возможно, по данным литературы, это может быть связано с тем, что при наличии бокового кармана в клиновидной пазухе (пусть даже с одной стороны), выполнить тотальное удаление слизистой оболочки из клиновидной пазухи является трудновыполнимой задачей, так как размеры пазухи представляются довольно большими. К тому же внутренний рельеф клиновидной пазухи, который представлен жизненно важными образованиями (внутренняя сонная артерия, зрительный нерв) заставляют хирурга работать в полости пазухи с особой осторожностью.

Использование методики пластики костного дефекта фрагментом широкой фасции бедра с аутокостью по типу “защёлки”, напротив является в техническом плане очень сложным. Она требует от хирурга досконального знания анатомии, требует нахождения в операционной – нейрохирурга, для того чтобы при возникновении определённого рода осложнений (артериальное или венозное кровотечение) он мог без промедления включиться в работу. Однако именно эта методика обеспечивает герметичное закрытие костного дефекта. Использование аутокости в качестве “экрана”, позволяет нивелировать пульсовую волну ликвора в самом слабом месте основания черепа и препятствовать развитию рецидива.

Возможно, в будущем при появлении искусственных трансплантатов, которые будут обладать свойствами костной ткани, появится возможность не использовать собственную кость пациента. Это позволит избежать забора кости с перегородки носа, тем самым снизит количество таких осложнений как перфорация перегородки носа. Однако сегодня таких материалов не существует, так как все гетерогенные трансплантаты склонны к тому, что в зоне их имплантации может возникнуть воспалительная реакция.

Вывод

Учитывая данные, полученные в результате исследования, можно говорить о том, что пластика костных дефектов в области клиновидной пазухи, размеры которых превышают 0,7 см должны осуществляться с использованием фрагмента широкой фасции бедра, которая фиксируется в костном окне аутокостью по типу “защёлки”. Именно эта методика позволяет предупредить рецидив ликвореи, так как аутокость является своеобразным “экраном”, который погашает пульсовую волну ликвора. Окутывание костного трансплантата мягкотканым трансплантатом препятствует травмированию окружающих жизненно важных структур.

При наличии костного дефекта в боковом кармане клиновидной пазухи, который сопровождается назальной ликвореей, методом выбора является использование трансптеригоидального доступа, с последующей реконструкцией дефекта с использованием фрагмента широкой фасции бедра, с фиксацией её аутокостью по типу “защёлки”.

Обтурация клиновидной пазухи аутожировой тканью с выраженным латеральным боковым карманом, на сегодня, не является методикой выбора.

Список літератури

1. Alexander NS, Chaaban MR, Riley KO, Woodworth BA. Treatment strategies for lateral sphenoid sinus recess csf leaks. Arch Otolaryngol Head and Neck Surg 2012;138:471-478.
2. Dhepnorrarat RC, Ang BT, Sethi DS. Endoscopic surgery of pituitary tumors. Otolaryngol Clin N Am 2011;44(4):923-935.
3. Esposito F, Dusick JR, Fatemi N, et al. Graded repair of cranial base defects and cerebrospinal fluid leaks in transsphenoidal surgery. Neurosurgery 2007;60:295-303.
4. Kennedy DW, ed Rhinology; Diseases of the Nose, Sinuses, and Skull Base. Thieme Medical Publishers Inc., New York, NY. May 2012 ISBN: 1604060603.
5. Leach P, Abou-Zeid AH, Kearney T, Davis J, Trainer PJ, Gnanalingham KK. Endoscopic transsphenoidal pituitary surgery: evidence of an operative learning curve. Neurosurgery 2010;67(5):1205-1212
6. Schaberg MR, Anand VK, Schwartz TH, et al. Microscopic versus endoscopic transnasal pituitary surgery. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2010;18:8-14.
7. Snyderman, Carl H., Gardner P. Head and neck surgery. – First edition 2015: 7-20.
8. Stamm AC, ed. Transnasal Endoscopic Skull Base and Brain Surgery: Tips and Pearls. Thieme Medical Publishers. New York, NY. August 2011. ISBN: 1604063106.
9. Tabae A, Anand VK, Cappabianca P, et al. Endoscopic management of spontaneous meningoencephalocele of the lateral sphenoid sinus. J Neurosurg. 2010;112:1070-1077

Реферати

**ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ
ПАЦІЄНТІВ З НАЗАЛЬНОЮ ЛІКВОРЕСІЮ
З ЛИНОПОДІБНОЇ ПАЗУХИ**

Заболотний Д.І., Заболотна Д.Д., Ісмагілов Е.Р.

Останнім часом, у зв'язку з розвитком ендоскопічної хірургії селлярно - хіазмальної ділянки, хірургічне лікування назальної ліквореї, причиною якої є кістковий дефект в клиноподібної пазусі, представляється актуальною і вельми значущою проблемою. Метою дослідження. Було оцінити ефективність хірургічного лікування с використанням різних методик пластики у пацієнтів з назальною ливвореєю, джерелом якої є кістковий дефект в ділянці клиноподібної пазухи. У 39 пацієнтів, причиною виникнення ліквореї була проведена в анамнезі, операція з приводу видалення аденоми гіпофіза. Розміри дефекту при цьому становили від 0,7 до 0,9 см. У 21 пацієнта пластика виконана з використанням широкої фасції стегна, фрагментом аутокістки з подальшим використанням слизового клапота на живильній судинній ніжці. У 18 пацієнтів використовувався фрагмент широкої фасції стегна зі слизових клапотом. У 8 пацієнтів кістковий дефект розташовувався в області латерального кишені клиноподібної пазухи. У 6 пацієнтів пластика була виконана широкою фасцією стегна, аутокісткою, слизових клапотом. 2 пацієнтам була виконана обтурація клиноподібної пазухи жировою тканиною. Рецидив ліквореї відзначався у 5 пацієнтів, у яких виникла ливворея інтраопераційно, при видаленні аденоми гіпофіза пластика дефекту, яким виконувалася без використання аутокістки. У 2-х пацієнтів відзначався рецидив ліквореї, яким була виконана обтурація пазухи жировою тканиною. Пластика кісткових дефектів в області клиноподібної пазухи, розміри яких перевищують 0,7 см повинні здійснюватися з використанням фрагмента широкої фасції стегна, яка фіксується в кістковому вікні аутокісткою по типу "засувки".

Ключові слова: назальна ливворея, клиноподібна пазуха.

Стаття надійшла 13.07.18 р.

**FEATURES OF SURGICAL TREATMENT
OF PATIENTS WITH CSF LEAK FROM
THE SPHENOID SINUS**

Zabolotny D.I., Zabolotna D.D., Ismagilov E.R.

Останнім часом, у зв'язку з розвитком ендоскопічної хірургії селлярно - хіазмальної ділянки, хірургічне лікування назальної ліквореї, причиною якої є кістковий дефект в клиноподібної пазусі, представляється актуальною і вельми значущою проблемою. Метою дослідження. Було оцінити ефективність хірургічного лікування с використанням різних методик пластики у пацієнтів з назальною ливвореєю, джерелом якої є кістковий дефект в ділянці клиноподібної пазухи. У 39 пацієнтів, причиною виникнення ліквореї була проведена в анамнезі, операція з приводу видалення аденоми гіпофіза. Розміри дефекту при цьому становили від 0,7 до 0,9 см. У 21 пацієнта пластика виконана з використанням широкої фасції стегна, фрагментом аутокістки з подальшим використанням слизового клапота на живильній судинній ніжці. У 18 пацієнтів використовувався фрагмент широкої фасції стегна зі слизових клапотом. У 8 пацієнтів кістковий дефект розташовувався в області латерального кишені клиноподібної пазухи. У 6 пацієнтів пластика була виконана широкою фасцією стегна, аутокісткою, слизових клапотом. 2 пацієнтам була виконана обтурація клиноподібної пазухи жировою тканиною. Рецидив ліквореї відзначався у 5 пацієнтів, у яких виникла ливворея інтраопераційно, при видаленні аденоми гіпофіза пластика дефекту, яким виконувалася без використання аутокістки. У 2-х пацієнтів відзначався рецидив ліквореї, яким була виконана обтурація пазухи жировою тканиною. Пластика кісткових дефектів в області клиноподібної пазухи, розміри яких перевищують 0,7 см повинні здійснюватися з використанням фрагмента широкої фасції стегна, яка фіксується в кістковому вікні аутокісткою по типу "засувки".

Ключові слова: назальна ливворея, клиноподібна пазуха.

Рецензент Ляховський В.І.