

ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФРАГМЕНТА ШИРОКОЙ ФАСЦИИ БЕДРА И АУТОКОСТИ ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ ДЕФЕКТОВ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА У ПАЦИЕНТОВ С НАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕЕЙ

ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко НАМН Украины»
(дир. – акад. НАМН Украины, проф. Д.И. Заболотный)

Проблема лечения больных с назальной ликвореей до настоящего времени окончательно не решена и вызывает значительный интерес специалистов различных профилей: нейрохирургов; отоларингологов, офтальмологов, рентгенологов.

С появлением современных методик нейровизуализации и иммуноферментного анализа, диагностика назальной ликвореи значительно улучшилась. Широкое внедрение таких неинвазивных методов исследования, как магнитно-резонансная компьютерная цистернография, значительно повысило топическую диагностику локализации ликворной фистулы (фистулотопика), снизило риск осложнений, связанных с применением инвазивных методов исследования. Вместе с тем, открытым остаётся вопрос об оптимальной методике пластики ликворной фистулы в каждом конкретном случае, а также о прогнозировании и профилактике рецидивов данного заболевания, вызывающих угрожающие жизни состояния, такие как менингит, энцефалит, абсцесс мозга и т.д. [4, 9].

В настоящее время эндоскопический доступ является золотым стандартом при пластике ликворных фистул в области передней и средней черепных ямок [6, 8]. На сегодняшний день не существует чётких рекомендаций по поводу того, какие трансплантаты или их комбинации необходимо использовать для закрытия ликворной фистулы. Описано множество методик пласти-

ки ликворной фистулы, однако право выбора в каждом конкретном случае остается за хирургом [2]. Вместе с тем, решение хирурга базируется на его опыте, количестве и результатах произведенных операций, владении определенной методикой пластики.

Согласно данным литературы, при малых дефектах основания черепа (до 0,6 см) методика пластики основания черепа трансплантатами, которые укладываются поверх дефекта со стороны полости носа, является надёжной, и хорошо зарекомендовала себя [5]. Однако при размерах костного дефекта более 0,6 см вышеописанная методика имеет ряд недостатков. В первую очередь, это высокий риск рецидива, так как трансплантат, уложенный поверх такого большого дефекта, может не всегда герметично и надёжно закрывать фистулу [1]. Для дефектов более 0,6 см некоторые авторы рекомендуют использовать так называемую «сэндвич» технику с использованием нескольких видов трансплантатов [3, 7]. Это связано с тем, что при больших размерах костного дефекта появляется возможность произвести отслойку твёрдой мозговой оболочки (ТМО) от кости основания черепа и поставить между ними трансплантат. Существует общепринятая методика использования фрагмента широкой фасции бедра в комбинации со слизистыми лоскутами на питающей сосудистой ножке. Однако и при её использовании нередко возникают рецидивы ликвореи.