Ликворея носовая

Чаще всего возникает, как и ушная ликворея, вследствие травмы (преимущественно транспортной).

Частота носовой ликвореи при черепно-мозговой травме колеблется от 1,5 до 6,8%, ушной ликвореи — о2,5 до 4%.

Значительно реже встречается ликворея вследствие опухолей, гидроцефалии и уродств развития.

Носовая ликворея при тяжелой травме черепа (передней черепной ямки) является результатом перелома или трещины стенок лобной пазухи, решетчатого лабиринта (преимущественно ситовидной пластинки), основной пазухи с одновременным нарушением целости мозговых оболочек, ведущим к сообщению между субдуральным или субарахноидальным пространствами (значительно реже — мозговыми желудочками) с придаточными пазухами и полостью носа.

Чрезвычайно редко носовая ликворея возникает при травме основания черепа с повреждением пирамиды височной кости. Ликвор, пройдя через барабанную полость в слуховую трубу и оттуда в носоглотку, изливается в полость носа. Носовая ликворея может также развиться (очень редко) после операции на верхних придаточных пазухах по поводу внутричерепного осложнения гнойного синуита (субдуральный или церебральный абсцесс лобной доли мозга).

Описаны единичные случаи носовой ликвореи после удаления полипов носа вследствие разрыва твердой мозговой оболочки, захваченной вместе с отломком верхней стенки полости носа.

Носовая ликворея может возникнуть (очень редко) в результате длительной внутричерепной гипертензии воспалительного или опухолевого генеза.

При этом имеют место деструктивный процесс с образованием дефекта в истонченных стенках лобных пазух, решетчатого лабиринта (ситовидной пластинки), истончением и разрывом выпячивающей твердой мозговой оболочки или просачивание ликвора вдоль обонятельных нервов, проходящих через отверстия в ситовидной пластинке.

Еще реже носовая ликворея может быть следствием прямой деструкции опухолью (верхних придаточных пазух, турецкого седла, передней черепной ямки) кости черепной ямки и твердой мозговой оболочки.

Причиной носовой ликвореи могут быть разрывы твердой мозговой оболочки в области выпячивания при мозговых грыжах и других уродствах развития. Возможна и спонтанная носовая ликворея.

Troland (1960) установил и доказал в эксперименте, что ликвор может просачиваться вдоль обонятельного нерва по субдуральному пространству, тянущемуся вдоль этого нерва.

Ликворея на почве травмы бывает первичная, или ранняя (сразу после травмы, чаще всего огнестрельной, с повреждением желудочков, вскрытием цистерны или субарахноидального пространства), и вторичная, или поздняя. Последняя форма возникает в результате развития гипертонии, гнойного воспалительного осложнения, резорбтивной посттравматической гидроцефалии.

Причиной вторичной носовой (и ушной) ликвореи является образование или расширение ранее существовавшего небольшого свища вследствие изменений в рубце на месте перелома или асептического некроза кости в области ситовидной пластинки, задней стенки лобной пазухи (или пирамиды височной кости — при ушной ликворее) и в результате травматического повреждения сосудов, питающих кость, и вызванных этим атрофических или некротических изменений.

Диагностика ликвореи в большинстве случаев не сложна, учитывая анамнез и клиническую картину. Однако иногда, особенно при ликворее нетравматического генеза, приходится дифференцировать носовую ликворею от обильной носовой секреции, например при вазомоторном рините. Следует иметь в виду следующее. В отличие от носового секрета ликвор содержит от 10 до 50% сахара и умеренное количество белка — 0,2 — 0,33 г/л. В носовом секрете сахара нет, но в нем большое количество белка — от 1 г/л и выше.

Имеет значение симптом «носового платка» (Gurdjan, Webster): носовой платок, смоченный ликвором, по высыхании не делается жестким, при носовой секреции платок становится как бы накрахмаленным. Ликвор чаще всего вытекает из одной половины носа, редко — из обеих, при носовой секреции — из обеих половин носа.

Для выявления и уточнения локализации дефекта в твердой мозговой оболочке и в костях черепа, локализации и хода фистулы применяют томографию и пневмоэнцефалографию, в особо трудных случаях — вентрикулографию с введением контрастных веществ. Для выявления ликворного свища и уточнения его хода, связи с мозговыми желудочками используется методика комбинированного исследования — томография с применением контрастного вещества майодила.

Лечение

Консервативное лечение (при травматической ликворее) — постельный режим, возвышенное полусидячее положение (при ушной ликворее — на противоположном боку). Больному

запрещают напрягаться, чихать, кашлять, назначают седативные средства, болеутоляющие, небольшие дозы кодеина. Показаны антибиотики (с учетом антибиотикограммы), сухоядение с целью удлинения действия антибиотиков и уменьшения образования ликвора, что способствует более быстрому рубцеванию раны твердой мозговой оболочки.

Для ускорения регенеративных процессов назначают витамины группы В, повторные люмбальные пункции (с введением малых доз — 15 — 30 мл — кислорода или воздуха) в сочетании с дегидратацией — в/в введением гипертонических растворов (хлорида кальция, хлорида натрия, глюкозы), в/м введением сульфата магния, пероральным приемом фуросемида (лазикс), диакарба.

Воздух или кислород (лишь при отсутствии менингита) вводят с целью своеобразной тампонады образованного отверстия поврежденной твердой мозговой оболочки.

Хирургическое лечение

Показания к операции при первичной ликворее (если нет показаний к операции по поводу самой травмы): непрекращающаяся ликворея после консервативного лечения в течение 6 — 8 дней; при вторичной ликворее — непрекращающаяся ликворея в течение 10 — 15 дней, что указывает на сформирование свища и образование патологического сообщения субарахноидального пространства с полостью носа.

Операция состоит из предварительной хирургической санации придаточных пазух носа с последующим подходом к ликворному свищу. Последний иногда возможен через пазухи, но чаще всего, особенно при закрытых черепно-мозговых повреждениях с нарушением целости лобной, решетчатой и основной пазух, лучший доступ осуществляется транскраниально (трансфронтально).

Во избежание рецидива необходима герметизация полости черепа путем закрытия отверстия в твердой мозговой оболочке с одновременным пластическим устранением костного дефекта на месте бывшего ликворного свища.

При дефекте в области ситовидной пластинки возможна пластика посредством лоскута из слизистой оболочки верхнего отдела носовой перегородки.