

УДК 616-089.844:616.831.95:616.212.2-006-08-06 (575.2) (04)

НЕКОТОРЫЕ ВАРИАНТЫ ПЛАСТИЧЕСКОГО ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТОВ ПЕРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ НО- ВООБРАЗОВАНИЙ ПОЛОСТИ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ

Б.Д. Шалабаев – аспирант

There was conducted analyses and appraisal of clinical significance ourself's experience of close defects of dura mater of brain of the front skull pit, which aroused in results of germi-nate tumors or in time of their surgical removal. There was elaborated original method of closing FSP defects.

По данным литературы, частота поражения полости черепа при злокачественных опухолях придаточных пазух носа составляет 12–22% [2,5]. Это обусловлено тем, что полость носа и придаточные пазухи находятся в глубине лицевого скелета в непосредственном контакте с основанием черепа. Стенки пазух не только прилежат к стенкам основания черепа, но и имеют многочисленные венозные сообщения и дегисценции. Опухоли могут проникать в череп как через естественные пути, так и в результате костной деструкции. Наиболее часто в полость черепа прорастают через ситовидную пластинку этезионейробластомы, возникающие из обонятельной зоны слизистой оболочки, рак решетчатого лабиринта.

В случаях прорастания опухоли в полость черепа для достижения абластики возникает необходимость в обширной операции. Для достижения радикальности необходимо удалять и выскабливать до здоровой прилежащую или пораженную кость, а в некоторых случаях – и твердую мозговую оболочку в области передней черепной ямки. При этом возникают дефекты твердой мозговой оболочки значительных размеров. Дефект в костной стенке передней черепной ямки с повреждением твердой мозговой оболочки, может образоваться при удалении опухоли решетчатого лабиринта и при отсутствии ее прорастания. Это обусловлено тем,

что при удалении опухоли данной локализации неизбежно повреждение ситовидной пластинки из-за ее хрупкости. Ранее подобные операции считались невозможными из-за развития ликвореи и тяжелых внутричерепных осложнений, а больные – инкурабельными. В настоящее время в таких ситуациях завершают операцию пластическим закрытием дефекта твердой мозговой оболочки.

В литературе существует большое количество рекомендаций закрывать образовавшиеся дефекты близлежащими тканями или свободными лоскутами жировой клетчатки, мышечной тканью, фасциями [1]. Сложность проблемы заключается в том, что для достижения абластики при хирургическом лечении злокачественной опухоли удаляется значительная часть близлежащих тканей и возникает их дефицит. Пластика значительных по размерам дефектов черепной ямки свободными лоскутами ткани затруднена из-за их возможного некроза. Вследствие этого приходится часто прибегать к более щадящим и надежным методикам. К их числу можно причислить следующие:

- способ закрытия дефекта твердой мозговой оболочки желатиновой губкой и кожным лоскутом;

- использование медицинского клея МК–10–0 (карминоакрил) с подведением тампона с диоксидином [4];
- закрытие дефекта фрагментом широкой фасции бедра, с фиксацией лоскута из носовой раковины (выполнялся эндоскопическим методом) [3].

По нашему мнению, приведенные методики и некоторые другие предложения эффективны для закрытия небольших дефектов – не более 10 мм. В то же время при удалении злокачественных опухолей с обширным распространением приходится широко иссекать окружающие их ткани, удалять кость основания черепа или резецировать твердую мозговую оболочку. Образующиеся при этом дефекты черепной ямки могут быть значительными по размерам и пластическое закрытие их вызывает определенные трудности.

Учитывая отмеченное, мы провели анализ закрытия дефектов передней черепной ямки и твердой мозговой оболочки, возникающих при прорастании в них опухоли и предлагаем собственную методику пластики дефектов твердой мозговой оболочки.

Методики операций. В большинстве случаев, для закрытия небольших дефектов, размерами до 10 мм, мы успешно использовали свободные фасциально-мышечные лоскуты взятые с боковой поверхности бедра. У одного больного после удаления менингоцеле наблюдался дефект задней стенки лобных пазух и твердой мозговой оболочки размерами около 12 мм. После тщательного выскабливания слизистой оболочки пазух на дефект был уложен фасциально-мышечный лоскут, фиксированный дренажной трубкой, формирующей лобно-носовое соустье.

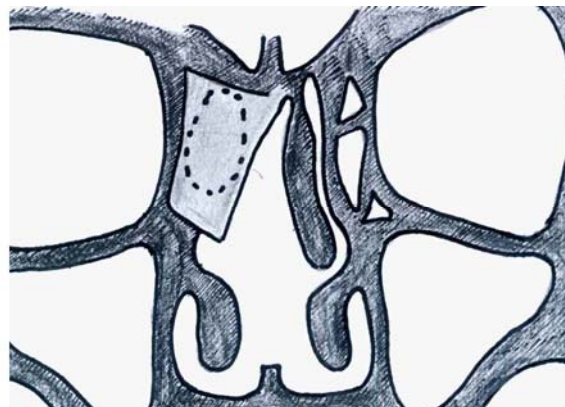
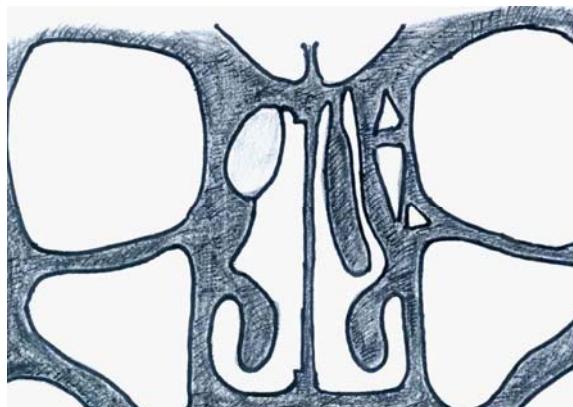
Во другом случае, при удалении гигантской фибромы лобных пазух, образовался дефект твердой мозговой оболочки размерами более 50–60 мм. Использование свободного массивного фасциально-мышечного лоскута без питающей сосудистой ножки для закрытия этого большого дефекта и облитерации просвета лобных пазух оказалось неудачным. Некроз лоскута привел к развитию тяжелого гнойного менингоэнцефалита и появлению участка размягчения в лобной доле головного мозга. И только удаление некротизированного

участка и открытый способ ведения операционной раны позволили ликвидировать послеоперационные осложнения, сохранить жизнь больного.

Для закрытия дефекта костной стенки и твердой мозговой оболочки передней черепной ямки размерами 15–30 мм мы применили разработанную нами методику с использованием лоскута слизистой оболочки с надхрящницей носовой перегородки на широкой ножке. После удаления опухоли, произвели практически полное удаление слизистой оболочки вместе с надхрящницей со стороны поражения, затем – удаление скелета носовой перегородки на всем протяжении, начиная от преддверия носа. Предварительно отслоенная слизистая оболочка вместе с надхрящницей с противоположной стороны сохраняется. После рассечения в преддверии и по дну полости носа слизистая оболочка образует достаточно большой лоскут на широкой ножке. Образованный таким образом лоскут слизистой оболочки и надхрящницы укладывается на костный дефект основания черепа. При этом размеры дефекта могут достигать до 30 мм.

В случаях, когда имеет место также дефект твердой мозговой оболочки, который невозможно ушить, мы сохраняли фрагмент четырехугольного хряща на слизистой оболочке перегородки. При этом фрагмент хряща укладывался на дефект (см. рисунок). После завершения этого этапа операции производилась рыхлая тампонада марлево-мазевым тампоном, пропитанным антибиотиком. Тампон удалялся на 5–6 сутки. В послеоперационном периоде проводили антибактериальную терапию в стандартных дозировках, уделяя особое внимание появлению менингеальной симптоматики у больных. Если наблюдались соответствующие признаки, антибактериальную, патогенетическую, противовоспалительную терапию усиливали.

Данная методика нами была использована в трех случаях. Она позволяет повысить абластичность при удалении злокачественной опухоли, иссечь края костного дефекта и фрагмента твердой мозговой оболочки в случаях соприкосновения ее с опухолью, а в отдельных случаях и при вовлечении в опухолевый процесс.



Использование лоскута слизистой оболочки для закрытия дефекта

Слизистая оболочка носовой перегородки оказалась достаточно хорошим материалом для закрытия дефекта черепной ямки, кроме того, в послеоперационном периоде она предотвращает образование корок, которые обычно появляются на стенках послеоперационной полости. Предложенная нами пластика дефекта твердой мозговой оболочки сокращает время пребывания больного в стационаре. Методика зарегистрирована для патентования.

Наш опыт показывает, что в большинстве случаев для закрытия небольших, до 10 мм, дефектов твердой мозговой оболочки можно использовать свободный фасциально-мышечный лоскут. При размерах дефекта свыше 30 мм необходимо использовать кожно-мышечные лоскуты на питающей сосудистой ножке. Предложенный нами способ использования слизистой оболочки с противоположной стороны перегородки от опухоли удобен в тех случаях, когда дефект расположен в передней черепной ямке и его размер может достигать до 30 мм

Литература

1. Кабаков Б.Д. Лечение злокачественных опухолей челюстно-лицевой области. – М., 1978. – С. 176–208.
2. Калина В.О. с соавт. К вопросу диагностики злокачественных опухолей придаточных пазух носа и носоглотки, прорастающих в орбиту и основание черепа // ЖУНГБ. – 1969. – №5. – С. 98.
3. Капитанов Д.Н. с соавт. Эндоскопическая диагностика и лечение назальной ликвореи // ВОРЛ. – 2003. – №4. – С. 22.
4. Ольшанский В.О. с соавт. Современное состояние проблемы и возможности лечения распространенных злокачественных новообразований верхней челюсти. – М., 1997.
5. Carrau R.L., Myers E.N. Neoplasms of the Nose and Paranasal Sinuses. Head and Neck Surgery-Otolaryngology. Second Edition. – 1998. – V. 2. – P. 1445–1469.