

# СПОНТАННАЯ НАЗАЛЬНАЯ ЛИКВОРЕЯ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ДЕФЕКТА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ИЗ КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ

УДК [616.714.3–007+616.216.2–006]–089.81  
Поступила 22.02.2013 г.



**Р.А. Ларин**, врач-ординатор 1-го ЛОР-отделения<sup>1</sup>;  
**Е.Н. Писарев**, к.м.н., ассистент кафедры болезней уха, горла и носа<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко, Н. Новгород, 603126, ул. Родионова, 190;

<sup>2</sup>Нижегородская государственная медицинская академия, Н. Новгород, 603005, пл. Минина и Пожарского, 10/1

Рассмотрен случай спонтанной назальной ликвореи у пациентки с наличием дефекта латеральной стенки клиновидной пазухи и объемного образования в пазухе неопухолевого генеза (псевдоменингоцеле), не связанной с вмешательством на гипофизе и структурах основания черепа. Показаны возможности современного эндоскопического доступа как альтернативы интракраниальным методам. Приведены детали хирургического вмешательства и техники закрытия дефекта.

**Ключевые слова:** дефект основания черепа; риноликворея; менингоцеле; эндоназальный доступ.

## English

## Spontaneous Liquorrhea Nasalis When Skull Base Defect is Located in Sphenoidal Sinus

**R.A. Larin**, Hospital Physician, the 1<sup>st</sup> Ear, Nose, Throat Department<sup>1</sup>;  
**E.N. Pisarev**, PhD, Tutor, the Department of Ear, Nose, Throat Diseases<sup>2</sup>

<sup>1</sup>N.A. Semashko Nizhny Novgorod Regional Clinical Hospital, Rodionova St., 190, Nizhny Novgorod, Russian Federation, 603126;

<sup>2</sup>Nizhny Novgorod State Medical Academy, Minin and Pozharsky Square, 10/1, Nizhny Novgorod, Russian Federation, 603005

There has been considered a case of spontaneous nasal liquorrhea in a patient with lateral sinus wall defect and a sinus mass of non-neoplastic origin (pseudomeningocele) not associated with the operation on hypophysis and skull base structures; and shown the possibilities of an advanced endoscopic approach as an alternative to an intracranial technique. The details of surgical management and defect closure technique have been represented.

**Key words:** skull base defect; nasal liquorrhea; meningocele; endonasal approach.

Выделяют два вида назальных ликворей: спонтанную и посттравматическую (послеоперационную). Спонтанная риноликворея встречается значительно реже, чаще всего источник локализуется в структурах переднего основания черепа. Локализация источника в клиновидной пазухе определяется нечасто. Дефект латеральной стенки клиновидной пазухи является весьма сложным в плане хирургического доступа [1–3]. Наличие костного дефекта в стенке синуса может привести к формированию менингоцеле или менингоэнцефалоцеле (выбухание через дефект в черепе измененных мягкой и паутинной оболочек и вещества мозга) с заполнением выпячивания цереброспинальной жидкостью, что часто сопровождается спонтанной риноликвореей. Сообщения о менинго(энцефало)целе спонтан-

ного характера у взрослых единичны [4, 5]. В случае, когда под слизистой оболочкой пазухи формируется полость, заполненная спинномозговой жидкостью, без выпячивания оболочек, можно говорить о псевдоменингоцеле. Визуально и рентгенологически можно наблюдать картину банального полипа или кисты [6, 7].

В течение последнего десятилетия эндоскопическая эндоназальная хирургия стала методом выбора при вмешательствах на структурах основания черепа, в том числе и при ликвидации ликворных фистул и удаления менингоэнцефалоцеле. Используются трансназальный, трансэтмоидальный или транскрыловидный доступы. Для закрытия ликворных фистул применяются лоскуты, сформированные из слизистой оболочки полости носа, надхрящницы перегородки носа, хряща

Для контактов: Ларин Роман Александрович, тел. моб. +7 905-664-02-41; e-mail: Info.lor@mail.ru

перегородки носа, височной мышцы, височной фасции, широкой фасции бедра, абдоминального жира, синтетических материалов, аллотрансплантатов и др.

Приводим собственное наблюдение.

В 2012 г. под наблюдением находилась женщина, 61 год, с патологическим образованием в клиновидной пазухе и явлениями назальной ликвореи. Она жаловалась на периодически возникающее истечение прозрачной жидкости из левой половины носа, затрудненное носовое дыхание с той же стороны в течение года. Предоперационное обследование включало проведение КТ, МРТ, консультацию нейрохирурга, эндоскопический осмотр полости носа. Эндоскопический осмотр показал полиповидное образование, исходящее из сфеноэтмоидального кармана и распространяющееся в носоглотку (рис. 1). По данным КТ и МРТ выявлено объемное образование левой клиновидной

пазухи кистозного характера, заполненное жидкостным компонентом, пролабирующее через естественное соустье в задние отделы полости носа (рис. 2). Дефект латеральной стенки клиновидной пазухи составлял 0,2 см. На основании клинических, рентгенологических и КТ-, МРТ-данных выставлен диагноз: «псевдоменингоцеле клиновидной пазухи, риноликворея».

Была выполнена операция. Под эндоскопическим контролем осмотрена полость носа. Произведен трансназальный доступ к пазухе. Выявлено полиповидное образование, исходящее из зияющего соустья левой клиновидной пазухи. Оболочка образования удалена, в полости образования обнаружена прозрачная жидкость (ликвор). Основание новообразования на латеральной стенке пазухи представлено дубликатурой ее слизистой оболочки. После удаления образования обнажился дефект в костной стенке размером 0,2 см, из которого наблюдалось уме-



Рис. 1. Полиповидное образование в задних отделах полости носа

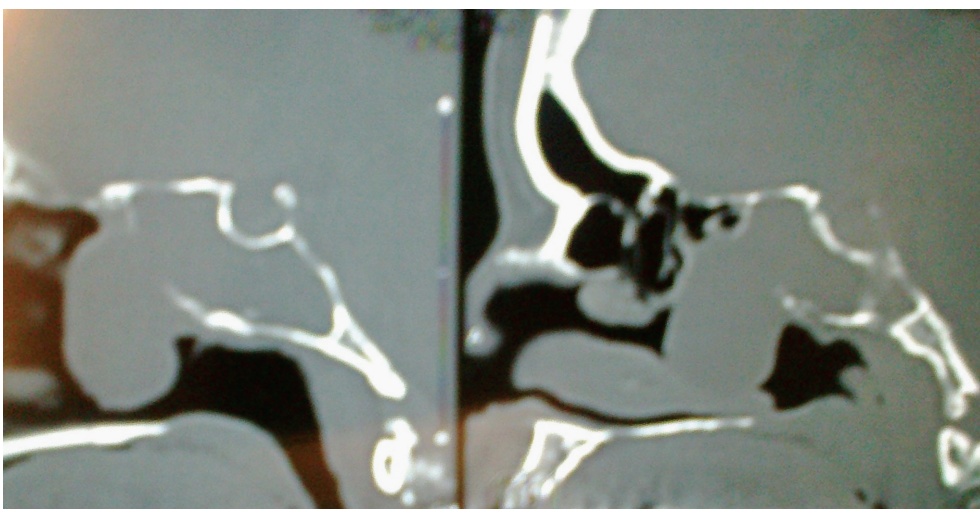


Рис. 2. КТ-изображение в сагиттальной проекции

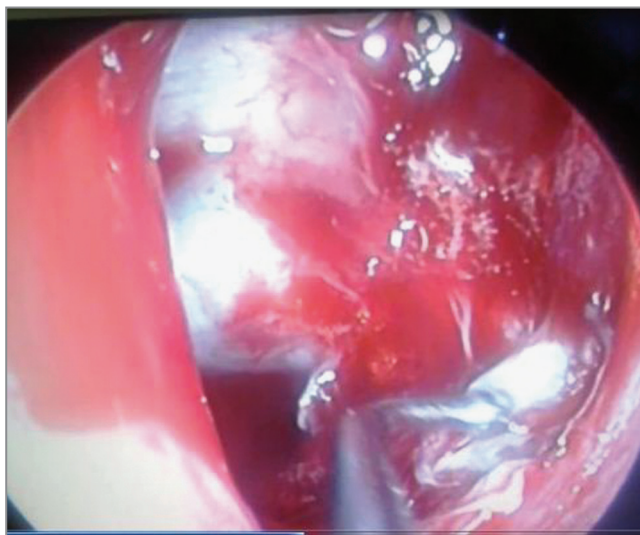


Рис. 3. Зонд в проекции костного дефекта

ренное истечение спинномозговой жидкости (рис. 3). Не исключается наличие канала Стернберга. Место дефекта укрыто лоскутом со средней носовой раковины, проведена дополнительная герметизация синтетическими материалами. На операции присутствовал нейрохирург.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Женщина выписана из стационара на 7-е сутки. Люмбальный дренаж не применялся.

При контрольном осмотре через 1, 3, 6 мес явления ликвореи не наблюдались.

Наличие у пациента спонтанной назальной ликвореи с признаками объемного образования клиновидной пазухи кистозного характера, визуализация полиповидного (кистозного) образования в задних отделах полости носа, исходящего из сфенозтмоидального кармана, должны насторожить специалиста в отношении наличия дефекта латеральной стенки синуса с развитием менинго(энцефало)целе либо псевдоменингоцеле. Хирургическое лечение проводится с применением эндоскопического трансназального доступа с широким открытием передней стенки пазухи для визуализации ее латеральных отделов. Небольшой дефект основания черепа (1–3 мм) может быть закрыт с применением лоскута на ножке из слизистой оболочки полости носа или средней носовой раковины либо широкой фасцией бедра с дополнительной гер-

метизацией синтетическими материалами при условии адекватной визуализации.

## Литература

1. Гофман В.Р., Андроненков В.А., Воронов А.В. Обоснование доступа при эндоскопической хирургии назальной ликвореи. Вестник оториноларингологии 2012; 4: 16–17.
2. Капитанов Д.Н., Лопатин А.С., Потапов А.А. Эндоскопическая диагностика и лечение назальной ликвореи. Вестник оториноларингологии 2003; 4: 26–29.
3. Schwartz T.H., Fraser J.F., Brown S., Tabae A., Kacker A., Anand V.K. Endoscopic cranial base surgery: classification of operative approaches. *Neurosurgery* 2008; 62(5): 991–1005.
4. Araujo Filho B.C., Butugan O., Pádua F.G., Voegels R.L. Endoscopic repair of CSF rhinorrhea: experience of 44 cases. *Braz J Otorhinolaryngol* 2005; 71(4): 472–476.
5. Tomazic P.V., Stammberger H. Spontaneous CSF-leaks and meningoencephaloceles in sphenoid sinus by persisting Sternberg canal. *Rhinology* 2009; 47(4): 369–374.
6. Alec Vaezi, Carl Snyderman, Adam Zanation, Ricardo Carrau, Paul Gardner, Daniel Prevedello, Amin Kassam. Spontaneous pseudomeningocele of the skull base: a new entity. *Skull Base* 2009; 19: A111.
7. Vaezi A., Snyderman C.H., Saleh H.A., Carrau R.L., Zanation A., Gardner P. Pseudomeningoceles of the sphenoid sinus masquerading as sinus pathology. *Laryngoscope* 2011; 121(12): 2507–2513.

## References

1. Gofman V.R., Andronenkov V.A., Voronov A.V. Obosnovanie dostupa pri endoskopicheskoy khirurgii nazal'noy likvorei [The substantiation of the approach for endoscopic surgery of nasal liquorrhea]. *Vestnik otorinolaringologii — Otorhinolaryngology Reporter* 2012; 4: 16–17.
2. Kapitanov D.N., Lopatin A.S., Potapov A.A. Endoskopicheskaya diagnostika i lechenie nazal'noy likvorei [Endoscopic diagnosis and treatment of nasal liquorrhea]. *Vestnik otorinolaringologii — Otorhinolaryngology Reporter* 2003; 4: 26–29.
3. Schwartz T.H., Fraser J.F., Brown S., Tabae A., Kacker A., Anand V.K. Endoscopic cranial base surgery: classification of operative approaches. *Neurosurgery* 2008; 62(5): 991–1005.
4. Araujo Filho B.C., Butugan O., Pádua F.G., Voegels R.L. Endoscopic repair of CSF rhinorrhea: experience of 44 cases. *Braz J Otorhinolaryngol* 2005; 71(4): 472–476.
5. Tomazic P.V., Stammberger H. Spontaneous CSF-leaks and meningoencephaloceles in sphenoid sinus by persisting Sternberg canal. *Rhinology* 2009; 47(4): 369–374.
6. Alec Vaezi, Carl Snyderman, Adam Zanation, Ricardo Carrau, Paul Gardner, Daniel Prevedello, Amin Kassam. Spontaneous pseudomeningocele of the skull base: a new entity. *Skull Base* 2009; 19: A111.
7. Vaezi A., Snyderman C.H., Saleh H.A., Carrau R.L., Zanation A., Gardner P. Pseudomeningoceles of the sphenoid sinus masquerading as sinus pathology. *Laryngoscope* 2011; 121(12): 2507–2513.