

(19) **KG** (11) **833** (13) **C1** (46) **30.12.2005**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АГЕНТСТВО ПО
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ (51)⁷ **A61B 17/00**
ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (КЫРГЫЗПАТЕНТ)

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ

к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)

(21) 20040111.1

(22) 01.12.2004

(46) 30.12.2005, Бюл. №12

(76) Шалабаев Б.Д., Фейгин Г.А. (KG)

(56) Патент RU №2187259, кл. A61B 17/14, 2002

(54) Способ пластики дефекта передней черепной ямки после удаления новообразований полости носа и придаточных пазух

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к оториноларингологии. Задачей изобретения является осуществление более эффективного отграничения внутричерепной полости от придаточных пазух носа при больших (до 30 мм) дефектах передней черепной ямки. Поставленная задача решается в способе пластики дефекта передней черепной ямки после удаления новообразований полости носа и придаточных пазух, включающем наложение лоскута на область дефекта для отграничения внутричерепной полости от полости носа, причем лоскут формируют из слизистой, вместе с надхрящницей носовой перегородки, а отграничение осуществляют путем разворачивания лоскута на питающей ножке в сторону дефекта. Несомненным положительным эффектом предложенного способа является то, что надежно предотвращается истечение ликвора и развитие внутричерепных осложнений. 2 пр., 1 ил.

Изобретение относится к медицине, а именно к оториноларингологии. В литературе часто приводятся сообщения о злокачественных новообразованиях, прорастающих в полость черепа. Частота поражения полости черепа при злокачественных опухолях придаточных пазух носа по данным литературы составляет от 12 до 22% (Кабаков Б.Д. Лечение злокачественных опухолей челюстно-лицевой области. - М: Медицина, 1978. - С. 176-208; Ольшанский В.О., Сдвижков А.М., Русаков И.Г., Кисличко А.Г. Лечение рецидивов злокачественных опухолей верхней челюсти // Вестник оториноларингологии. - 1991. - №5, -С. 22-25).

Большинство злокачественных новообразований придаточных пазух носа исходят из гайморовых пазух и решетчатого лабиринта. Наиболее часто в полость черепа опухоль прорастает через ситовидную пластинку эстезионейробластомы, возникающие из обонятельной зоны слизистой оболочки. В этих случаях необходимо производить более обширную операцию вместе с удалением части кости в области передней черепной ямки с последующей пластикой образовавшегося дефекта соседними тканями или же свободными мышечными лоскутами. Ранее подобные операции считались невозможными из-за развития ликвореи и тяжелых внутричерепных осложнений, а больные инкурабельными.

Известен способ эндоскопического эндоназального вскрытия лобной пазухи с пластикой искусственного отверстия слизисто-надкостичным лоскутом с латеральной и верхней стенок полости носа (Патент RU №2187259 С1, кл. А61В 17/24, 2002). Предложенный способ лечения применяется при лечении хронического гнойного фронтита и эффективно используются только при размерах дефекта не более 10 мм.

Задачей изобретения является осуществление более эффективного отграничения внутричерепной полости от придаточных пазух носа при больших (до 30 мм) дефектах передней черепной ямки.

Поставленная задача решается в способе пластики дефекта передней черепной ямки после удаления новообразований полости носа и придаточных пазух, включающем наложение лоскута на область дефекта для отграничения внутричерепной полости от полости носа, причем лоскут формируют из слизистой, вместе с надхрящницей носовой перегородки, а отграничение осуществляют путем разворачивания лоскута на питающей ножке в сторону дефекта.

Сущность предложенного способа пластики дефекта передней черепной ямки после удаления новообразований полости носа и придаточных пазух заключается в следующем: после удаления опухоли, производится практически полное удаление слизистой с надхрящницей со стороны поражения. Затем производится удаление собственно носовой перегородки на всем протяжении, начиная от преддверия носа. Предварительно отслоенная слизистая 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 и надхрящницы укладывается на костный дефект основания черепа. При этом размеры дефекта могут достигать до 30 мм и более. В случаях, когда имеет место также дефект твердой мозговой оболочки (ТМО), который было невозможно ушить, был использован фрагмент широкой фасции бедра. При этом фрагмент фасции заводится интракраниально. После укладки лоскута слизистой с надхрящницей перегородки производится рыхлая тампонада марлево-мазевым тампоном, пропитанным антибиотиком. Тампон удалялся на 5-6 сутки. В послеоперационном периоде назначается антибактериальная терапия в стандартных дозировках. Обращается внимание на появление менингеальной симптоматики у больных.

Предложенный способ пластики дефекта передней черепной ямки после удаления новообразований полости носа и придаточных пазух позволяет повысить абластичность при удалении злокачественной опухоли, иссечь края костного дефекта и фрагмента твердой мозговой оболочки в случаях соприкосновения ее с опухолью, а в некоторых случаях и при вовлечении в опухолевый процесс. Слизистая оболочка оказалась достаточно хорошим материалом для закрытия дефекта черепной ямки. Несомненным положительным эффектом является то, что слизистая оболочка предотвращает образование корок, которые обычно появляются на стенках послеоперационной полости.

Предложенный способ иллюстрируется рисунком 1, где А - выкроенный лоскут слизистой оболочки с фрагментом сохраненного хряща; Б - дефект передней черепной ямки и ТМО; В, Г - лоскут уложен на дефект.

Пример 1. Больной Т., 30 лет, поступил в ЛОР отделение Национального госпиталя Кыргызской Республики 27.05.2003 г. с жалобами на наличие плотного опухолевидного образования в области медиального угла правого глаза, смещение глазного яблока и боли в ней. Болен около 5 месяцев. Больной был обследован. На КТ была выявлена овальной формы тень в области клеток решетчатого лабиринта справа с прорастанием в орбиту и переднюю черепную ямку. Тень имела костную плотность 1200 НУ и размеры около 6х6 см.

Диагноз: Остеома решетчатого лабиринта справа с прорастанием в переднюю черепную ямку и орбиту. 30.05.2003 г. произведена операция боковая ринотомия с удалением опухоли. Во время удаления опухоли, оказавшейся гистологически остеомой,

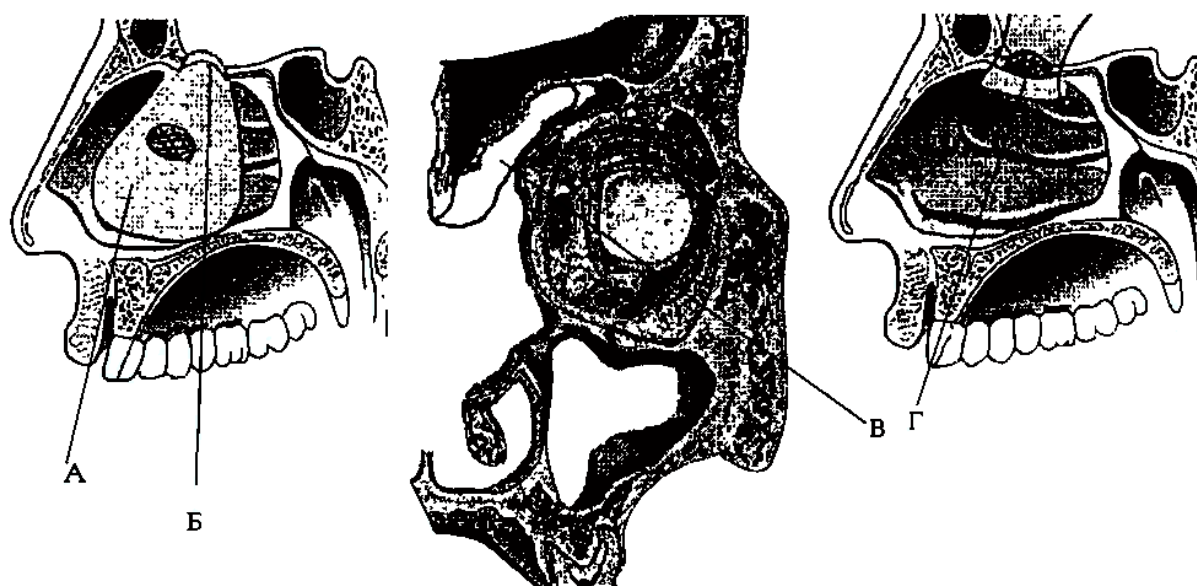
был обнаружен дефект передней черепной ямки в области lamina cribrosa диаметром около 2 см, через него виден дефект ТМО с истечением ликвора. Для закрытия дефекта был удален четырехугольный хрящ и костная часть носовой перегородки с пораженной стороны, затем на ТМО иссекли и уложили надхрящницу и слизистую оболочку со здоровой стороны, оставив широкую ножку. Слизистая оболочка при этом была обращена в сторону раневой полости. В завершении произведена рыхлая марлево-мазевая тампонада. Назначена антибактериальная терапия в стандартных дозировках. В послеоперационном периоде ликвореи и появления менингеальной симптоматики отмечено не было. Наблюдение больного как в ближайшем послеоперационном, так и в отдаленном периоде - через 1 год, показало эффективность и надежность метода.

Пример 2. Больной К. 44 года, поступил 07.02.1997 г. в ЛОР отделение Национального госпиталя с жалобами на затрудненное носовое дыхание, боль в правом глазу, головные боли. Больным себя считает около 3 месяцев. Больной был обследован. На КТ обнаружена опухоль правой верхнечелюстной пазухи с прорастанием в полость носа, клетки решетчатого лабиринта, орбиту, твердое небо. Произведена биопсия. Результат патогистологического исследования - плоскоклеточный неороговевающий рак.

10.02.1997 г. произведена расширенная резекция верхней челюсти с экзентерацией орбиты. После удаления опухоли обнаружен дефект передней черепной ямки диаметром около 1 см с дефектом ТМО 0.4х0.6 см. Через последний истекает ликвор. Попытка ушить дефект оказалась неудачной. Ликворею удалось ликвидировать укладкой на дефект слизистой оболочки вместе с надхрящницей носовой перегородки со здоровой стороны. Для этого предварительно была удалена слизистая с пораженной стороны вместе с костной и хрящевой частями. При последующем наблюдении ликвореи не наблюдалось. Кроме того, лоскут слизистой оболочки предотвращал образование корок, которые обычно образуются на стенке раневой полости в этом месте и ухудшают послеоперационное заживление.

Формула изобретения

Способ пластики дефекта передней черепной ямки после удаления новообразований полости носа и придаточных пазух, включающий наложение лоскута на область дефекта для отграничения внутричерепной полости от полости носа, отличающийся тем, что лоскут формируют из слизистой вместе с надхрящницей носовой перегородки, а отграничение осуществляют путем разворачивания лоскута на питающей ножке в сторону дефекта.



Фиг. 1

Составитель описания
 Ответственный за выпуск

Усубакунова З.К.
 Арипов С.К.

Кыргызпатент, 720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41, факс: (312) 68 17 03