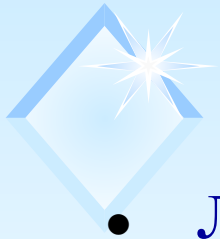




Ушная ликворея



- **Ликворея** - это истечение цереброспинальной жидкости из полости черепа вследствие повреждения костей основания и твердой мозговой оболочки при нарушении герметичности подпаутинного пространства, а также при ранении стенок желудочков или базальных цистерн.
- **Ушная ликворея** – это заболевание, которое характеризуется выделением цереброспинальной жидкости (ликвора) из наружного слухового прохода.



Виды ликвореи

1. **Ранняя травматическая**, причиной которой является черепно-мозговая травма с переломом основания черепа и повреждением мозговых оболочек, развивается непосредственно после травмы. Считается, что через 21 день после травмы свищевой ход подвергается эпителизации, что препятствует прекращению ликвореи. Данное обстоятельство диктует необходимость сосредоточить максимальные усилия на купировании ликвореи в течение первых 2-3 недель.
2. **Поздняя травматическая** – развивается спустя недели, месяцы и годы после черепно-мозговой травмы.
3. **Ятрогенная**, возникающая после удаления опухоли основания черепа, а также различных отохирургических вмешательств.
4. **Симптоматическая**, обусловленная врожденными пороками развития или новообразованиями, приводящими к деструкции кости и нарушению целостности оболочек мозга.
5. **Спонтанная** – ликворея невыясненной этиологии.



Травматическая ушная ликворея (отоликворея), по данным Института нейрохирургии АМН Украины (Е.Г. Педаченко, А.Х. Шмейсани, 1995), наблюдается у 4% пострадавших с открытой черепно-мозговой травмой (ЧМТ), и при несвоевременной диагностике и неполноценном лечении приводит к развитию грозных осложнений, прежде всего, гнойно-воспалительных.



Травматическая ушная ликворея возникает в результате перелома височной кости с повреждением оболочек мозга.

Различают наружную ушную ликворею, при которой ликвор при сопутствующем разрыве барабанной перепонки выделяется через наружный слуховой проход, и скрытую – при сохранности барабанной перепонки ликвор поступает в барабанную полость, в слуховую трубу и далее – в носовую часть глотки



У 92% пострадавших с ранней ликвореей выделение жидкости носит постоянный, у 8% – рецидивирующий характер

Инфекционные осложнения со стороны мозга и его оболочек при травматической ушной ликворее наблюдается у 7% пострадавших



Методы идентификации истечения ликвора

- 1. Выявление симптома двойного пятна на постельном белье;**
- 2. Экспресс-диагностика с использованием комплекса “Глюкотест” (метод экспресс-диагностики неэффективен при наличии в исследуемой жидкости крови);**
- 3. Лабораторные исследования выделяющейся из уха жидкости;**
- 4. Иммунологический метод с обнаружением В₂-трансферрина;**
- 5. Осмотр ЛОР-органов.**



Методы определения локализации свищевого хода

- 1. Рентгенография черепа, дополняемая специальными рентгенологическими укладками по Шюллеру, Майеру, Стенверсу; КТ**
- 2. Введение в субарахноидальное пространство спинного мозга при поясничном проколе рентгенконтрастных средств, красителей, радионуклидных препаратов**



*Для дифференциальной диагностики ушной
и назальной ликвореи следует проводить
рентгенологические исследования основания
черепна, тимпанометрию
и эндоскопию полости носа*



Лечение при травматической ушной ликворее


Комплекс консервативных и хирургических методов

Консервативные методы терапии направлены на уменьшение секреции ликвора, снижение ликворного давления и создание благоприятных условий для образования прочных рубцовых сращений в области поврежденных мозговых оболочек



Хирургическое закрытие ликворного свища

- 1. транспирамидальный доступ**
- 2. трансмастоидальный доступ**
- 3. доступ через среднюю черепную ямку**



Больной С., 1971 г.р., поступил в ОРВХ 1.09.03 с жалобами на снижение слуха слева, периодическое истечение жидкости из наружного слухового прохода слева. Из анамнеза выяснено, что заболевание связывает с перенесенной в 1990 г. открытой черепно-мозговой травмой. С 1993 г. отмечает возникновение ликвореи (рецидивы – 3-4 раза в год). По месту жительства получал консервативное лечение. В течении болезни неоднократно исследовалось отделяемое из уха и лабораторно идентифицировано, как спинномозговая жидкость.

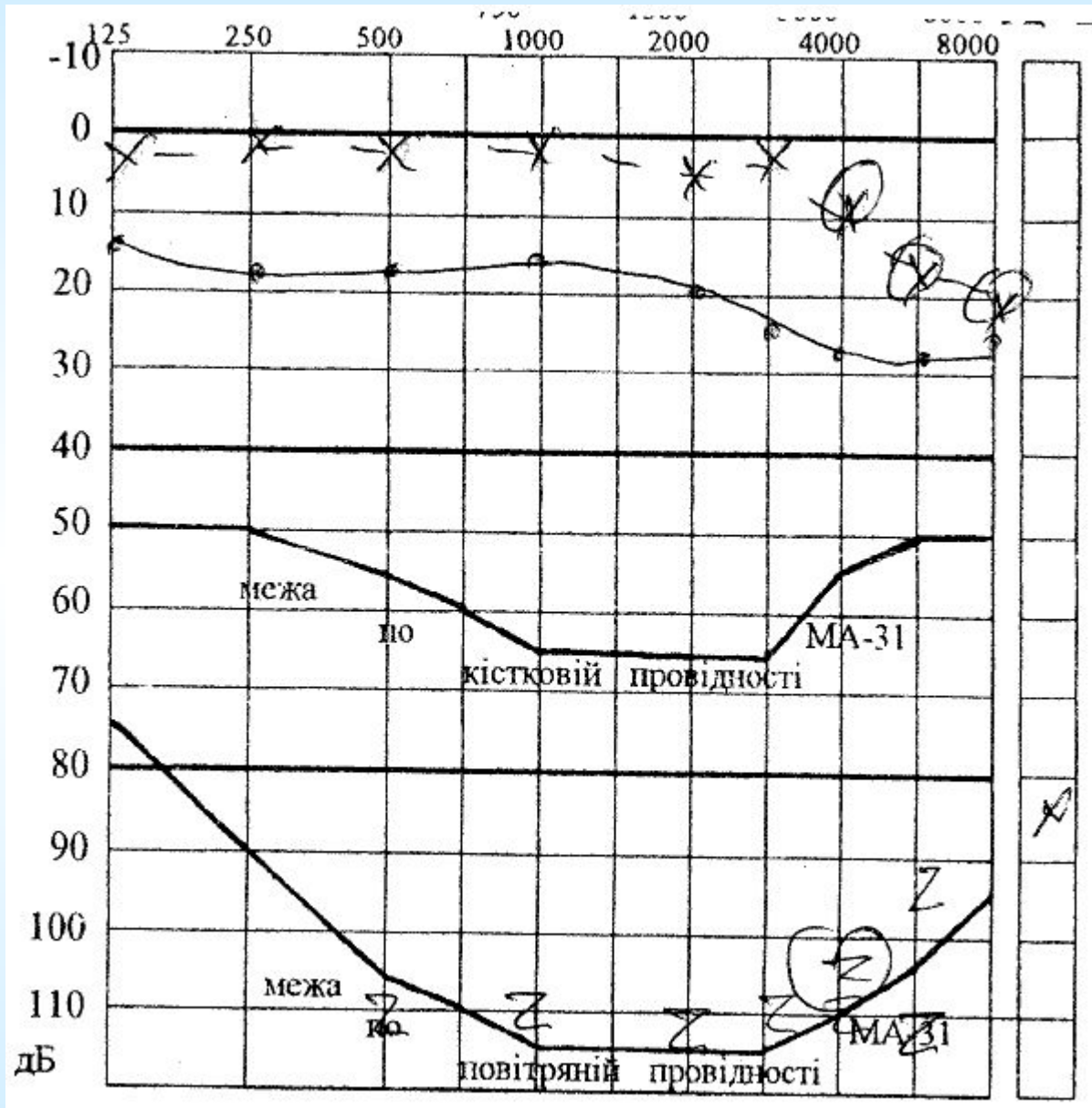
На момент осмотра: общее состояние больного удовлетворительное, кожные покровы чистые, обычного цвета. Периферические л/узлы интактны, со стороны внутренних органов на момент осмотра патологии не выявлено.

ЛОР-статус: при передней риноскопии носовая перегородка несколько искривлена вправо, слизистая оболочка полости носа розовая, носовые ходы свободны. Носовое дыхание не затруднено. Орофарингоскопия: зев симметричный, слизистая оболочка розового цвета, влажная, небные миндалины без патологического содержимого в лакунах.

Отоскопия:

AD – наружный слуховой проход широкий, свободный, б/п серая, целая, контурирует.

AS - наружный слуховой проход широкий, свободный, дефект костного кольца барабанной перепонки и перфорация, в верхне-заднем квадранте.







Демонстрация фильма

