

- RA activity». *Arthr. Rheum.* 1995; 38:38-43.
18. Prevo M.L.L., van't Hof M.A., Kuper H.H. et al. «Modified disease activity scores that include twenty-eight-joint counts». *Arthr. Rheum.* 1995; 38:44-48.
19. Van Gestel AM, Prevo M.L.L., van't Hof MA et al. «Development and validation of the European League Against Rheumatism response criteria for RA». *Arthr. Rheum.* 1996; 39:34-40.
20. Крель А.А., Болотин С.В., Канівська М.З., Ращупкина З.П., Чичасова Н.В. «Объективизация проявлений РА, характеризующих його еволюцію. I. Метод кількісної оцінки виразності ревматоїдного артриту і темпів його прогресування в суглобах пензлів і стоп». *Зап. ревматизму* 1981; 3:11-15.
21. Насонов О.Л., Чичасова Н.В., Баранов А.А. і співавт. «Клиническое значения С-реактивного білка при РА (огляд літератури та власні дані)». *Клин. Мед.* 1997; 6:34-36.

**Каушанская Е.В., Каневская Л.В., Трефаненко И.В., Ткач Е.П.**  
Буковинский государственный медицинский университет

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЛЕФЛУНОМИДА У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

### Аннотация

В данной работе рассмотрены вопросы использования препарата лефлуномид в лечении ревматоидного артрита разной степени активности. Определен быстрый эффект действия лефлуномида с достоверным снижением показателей суставного синдрома и лабораторных показателей активности воспаления через 1 месяц лечения. Эффект лечения нарастает на протяжении 4-5 месяцев.

**Ключевые слова:** ревматоидный артрит, суставной синдром, Т-клетки, внесуставные проявления, утренняя скованность.

**Kaushanska O.V., Kanevska L.V., Trefanenko I.V., Tkach E.P.**  
Bucovinian Medical State University

## EXPERIENCE OF APPLICATION OF PREPARATION OF LEFLUNOMIDE FOR PATIENTS WITH A RHEUMATOID ARTHRITIS

### Summary

In this work we studied the questions of the use of preparation of Leflunomide are considered in treatment of rheumatoid arthritis in different degree of activity. The rapid effect of action of Leflunomide is certain with the reliable decline of indexes of arthritis syndrome and laboratory indexes of activity of inflammation in 1 month of treatment. The effect of treatment grows during 4-5 months.

**Keywords:** rheumatoid arthritis, arthritis syndrome, T-cells, extraarticular displays, morning constraint.

УДК 616.831.38-073.756.8:004

## ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МЕТОД КТ-ЦИСТЕРНОФИСТУЛОГРАФИИ В ЛЕЧЕНИИ НАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕИ

**Коровка С.Я.**

Донецкий национальный медицинский университет имени Максима Горького

**Военный И.В., Гриценко О.О., Коровка С.С.**

КЛПУ Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение

**Военная В.Л.**

ККЛПУ Донецкий областной противоопухолевый центр

Назальная ликворея является грозным заболеванием, которое трудно поддается консервативному лечению. Интракраниальные оперативные вмешательства являются сложными и трудоемкими, показания к ним должны основываться на четкой доказательной базе. КТ-цистернафистулография является методом выбора, дающий хирургу возможность верификации заболевания, возможность выбора хирургического метода оперативного вмешательства.

**Ключевые слова:** ликворея, КТ-цистернафистулография, ликворный свищ.

**Актуальность темы.** Ликворея – истечение спинномозговой жидкости из полости черепа через дефект в твердой мозговой оболочке. Малая прочность решетчатой пластинки, тесное соприкосновение арахноидальной оболочки и кости с перфорацией ее обонятельными волокнами делают эту область наиболее подверженной возникновению ликворных фистул [2, 4, 5]. Переломы, проходящие

через лобную, клиновидную пазухи или клетки решетчатой кости, являются наиболее частой причиной возникновения дуральной фистулы и источником ринореи. Возможна также назальная ликворея через отверстия решетчатой кости при отсутствии костных повреждений из-за травматического отрыва волокон обонятельного нерва, так же обусловленная повреждением костей передней черепной ямки

с формированием фистул в параназальных пазухах. Назальную ликворею может вызвать ятрогенная этиология вследствие тотального удаления опухолей, несостоятельности произведенной пластики твердой мозговой оболочки [1, 2, 4]. Наиболее частым и постоянным симптомом у пациентов с ликвореей является головная боль. Основная ее причина – гипотензионный синдром. Больных беспокоит постоянная, сжимающего характера головная боль, сопровождаемая чувством заложенности в ушах, головокружением, слабостью и другими вегетативно-сосудистыми признаками. Цефалгия наиболее отчетливо выражена в вертикальном положении больных и существенно уменьшается при переходе в горизонтальное положение. Грозным осложнением данного заболевания является вялотекущий менингит, трудно доступный для лечения антибиотиками. Частота развития данного осложнения у пациентов с ликворными фистулами достигает 40 %. Особенностью консервативного лечения ликвореи является активное использование метода длительного люмбального дренирования ликвора. Показания к оперативному вмешательству устанавливаются при неэффективности консервативных методов лечения и длительном наружном люмбальном дренировании. Успех хирургического лечения этого заболевания зависит от максимально точной диагностики локализации ликворной фистулы.

**Цель исследования.** Изучить метод КТ – цистернофистулографии, внедрить его в практику для диагностики и лечения назальной ликвореи с необходимостью дальнейшего хирургического этапа.

**Материалы и методы исследования.** В условиях клиники нейрохирургии КЛПУ ДОКТМО проведен анализ истории лечения пациента В., 50 лет. Считает себя больной с 2011 года, когда появилась сильная головная боль, периодические общесудорожные приступы. Госпитализирована в клинику нейрохирургии г. Киева, где в 2011 выполнено удаление злокачественной опухоли лобной области (гемангиоперицитомы). Прошла курс послеоперационной лучевой терапии. В сентябре 2011 г. установлен диагноз: «правосторонний хронический гнойный гайморозтмоидит». В одном из ЛОР отделений г.Донецка в 2011 г. выполнена экстраназальная эндоскопическая гайморотомия справа. В конце октября больная отмечает появление свищевого хода в лобной области справа с гноеродным выделяемым из него. Пациент консультируется у нейрохирурга г.Киева-назначена гормональная, антибактериальная терапия; направляется к ЛОР-врачу по месту жительства. В январе 2012 в условиях клиники нейрохирургии КЛПУ ДОКТМО в плановом порядке выполнена резекционная трепанация остеомиелитически измененной кости лобно-теменной области, удаление эпидурального абсцесса, субдуральной эмпиемы. Бригадой ЛОР-врачей выполнена правосторонняя эндоскопическая эндоназальная гайморозтмоидотомия. Осложнений во время оперативных пособий не было. Больная переведена в отделение нейрохирургической реанимации. Период реабилитации проходил с положительной динамикой. В июне 2012 в условиях клиники нейрохирургии КЛПУ ДОКТМО выполнена пластика дефекта лобной кости индивидуальной титановой пластиной. Послеоперационный период без осложнений. В ноябре 2012 г. отмечает нарастание гипертензионной симптоматики, консультирована нейрохирургом г.Киева. В 2012 в г. Киеве выполнено повторное удаление злокачественной опухоли лобной области (гемангиоперицитомы). В послеоперационном периоде отмечает отделяемое из левого носового хода,

при анализе отделяемого и спинномозговой жидкости выявлены признаки менингита. Госпитализирована в КЛПУ ДОКТМО, ЛОР отделения, где в январе 2013 года выполнена эндоскопическая пластика ликворного свища. В послеоперационном периоде был установлен люмбальный дренаж. На фоне проводимого лечения отмечается отделяемое из левого носового хода, появление «воздушной подушки» в лобной области. Переведена в нейрохирургическое отделение №1 для определения тактики дальнейшего лечения. Проводилось динамическое наблюдение, консервативная терапия. Состояние больной стабилизировалось, оставались признаки упорной цефалгии. На фоне проводимого лечения (дегидратационная, антибактериальная терапия; длительное люмбальное дренирование) отмечалась увеличение серозного отделяемого из левого носового хода. Характер отделяемого был неясен. Проводился ряд общеклинических, биохимических обследований – в поздние сроки необходимо разграничивать истекающий ликвор и серозное отделяемое из носа по содержанию глюкозы. Спинномозговая жидкость содержит намного больше глюкозы (2,3-4,0 ммоль/л) и значительно меньше белка (от 0,10 до 0,22 г/л) и мукополисахаридов, чем серозное отделяемое из уха или носа и его придаточных пазух при воспалительных и аллергических заболеваниях [1, 2, 3]. Однако в данном случае признаки ликвореи не были подтверждены диагностически. При риноскопии (проводилась ЛОР врачами и отоневрологом клиники) было выявлено у больной выделение каплями водянистой жидкости из носового хода, что косвенно подтверждало ликворею. На фоне этого – гиперемии и гипертрофии слизистой не отмечалось; глюкометрический анализ («тест-полоска») был отрицательный. Проводился ряд обследований на компьютерном и магнитно-резонансном томографах – отмечалась отрицательная динамика в виде нарастания пневмоцефалии, достоверных данных о ликворной фистуле не было. Пневмоцефалия, с частотой встречаемости от 7% до 30%, как патогномичный симптом ликвореи, служит доказательством наличия патологического сообщения субарахноидальных пространств с внешней средой.[2,4,5]

**Результаты и их обсуждение.** На клиническом консилиуме с участием врачей-нейрохирургов, ЛОР-врачей, отоневролога, невропатолога, врачей-диагностов принято решение о проведении КТ-цистернофистулографии с эндолюмбальным введением контрастного вещества «Омнипак» (из расчета 0,15 мл на 1 кг массы тела). В условиях Диагностического центра г. Донецка 18 марта 2013 года была проведена первая манипуляция в Донецкой области.

После введения контрастного вещества, пациент была уложена в положении Тренделенбурга (лежа на животе, с согнутым (подбородок прижат к груди) положением головы). Проводилась послойная фронтальная реконструкция КТ срезов с шагом в 3 мм. Было выявлено проникновение контрастного вещества из желудочковой системы через порэнцефалическую кисту в дефект твердой мозговой оболочки. «Ликворная дорожка» проходила из сформированной фистулы в лобную пазуху, откуда попадала в носовой ход. Было проведено 3 обследования на 7 – 15 – 25 минутах, после чего врачами-диагностами была построена 3D реконструкция черепа. Была выявлена ликворная фистула, что подтвердило диагноз «назальной ликвореи».

В условиях клиники нейрохирургии КЛПУ ДОКТМО было проведено оперативное вмешательство – интракраниальная пластика выявленного ликвор-

ной фистулы твердой мозговой оболочки, контактирующая с полостью лобной пазухи. Пластика проводилась участком широкой фасции, участком четырехглавой мышцы бедра, синтетическим материалом «Тахокомб», герметизирующей системой Dura Seal (полимером фирмы CoviDien). Операция прошла без осложнений. Период реабилитации прошел без особенностей. Пациент выписана из отделения в удовлетворительном состоянии без признаков заболевания.

**Выводы.** Назальная ликворея является грозным заболеванием, которая трудно поддается консервативному лечению. Интракраниальные оперативные вмешательства являются сложными и трудоемкими, показания к ним должны основываться на четкой доказательной базе. КТ-цистернофистулография является методом выбора, дающий хирургу возможность верификации заболевания, возможность выбора хирургического способа оперативного вмешательства.

#### Список литературы:

1. Назальная ликворея через клиновидную пазуху: диагностика и лечение. // Сальков Н.Н. // Украинский нейрохирургический журнал. – №2. – 2004. – С. 64-67.
2. Посттравматическая базальная ликворея // Черепно-мозговая травма: клиническое руководство. – 2002 г. – А.Н. Коновалов, Л.Б. Лихтерман. – С. 46-48.
3. Роль КТ-цистернографии в диагностике посттравматической базальной ликвореи // Сирко А.Г. // Украинский нейрохирургический журнал. – №1. – 2012. – С. 54-59.
4. Л.Б. Лихтерман «Нейротравматология», Ростов-на-Дону «Феникс». – 1999 г. – С. 72-89.
5. В.И. Сипитый «Нейрохирургия», Харьков ТОВ «Кроссруд». – 2006 г. – С. 735.

#### Коровка С.Я.

Донецький національний медичний університет імені Максима Горького

#### Военный И.В., Гриценко О.О., Коровка С.С.

КЛПУ Донецьке обласне клінічне територіальне медичне об'єднання

#### Военна В.Л.

ККЛПУ Донецький обласний протипухлинний центр

## ДІАГНОСТИЧНИЙ МЕТОД КТ-ЦИСТЕРНОФІСТУЛОГРАФІІ В ЛІКУВАННІ НАЗАЛЬНОЇ ЛІКВОРЕЇ

#### Анотація

Назальний лікворея є грізним захворюванням, яка важко піддається консервативному лікуванню. Інтракраніальні оперативні втручання є складними і трудомісткими, покази до них повинні ґрунтуватися на чіткій доказовій базі. КТ-цистернофистулографія є методом вибору, що дає хірургу можливість верифікації захворювання, можливість вибору хірургічного методу оперативного втручання.

**Ключові слова:** лікворея, КТ-цистернофистулографія, лікворна нориця.

#### Korovka S.Ya.

Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

#### Voennyu I.V., Gritsenko O.O., Korovka S.S.

Donetsk Regional Clinical Territorial Medical Union

#### Voennaya V.L.

Donetsk Regional Centre Antitumor Union

## CT-CYSTERNOFISTULOGRAPHIA IN THE TREATMENT OF NASAL LIQUORRHEA

#### Summary

Nasal liquorrhea is a formidable disease that is difficult to conservative treatment. Intracranial surgery are complex and time consuming, reading to them must be based on clear evidence. CT-cysternofistulographia is the method of choice, giving the surgeon to verify the disease, the choice of surgery.

**Keywords:** liquorrhea, CT-cysternofistulographia, cerebrospinal fluid fistula.