

11. Moller A., Henning M., Zuberbier T. et al. Epidemiology and clinical aspects of cold urticaria // *Hautarzt.* – 1996; 47: 510–4.
12. Hurst M., Spencer C. Ebastine: an update of its use in allergic disorders // *Drugs.* – 2000; 59: 981–1006.
13. Grulke N., Bailer H., Schmutzer G. et al. Standardization of the German short version of «profile of mood states» (POMS) in a representative sample – short communication // *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* – 2006; 56: 403–5.
14. Sigler R., Evans R. 3rd, Horakova Z. et al. The role of cyproheptadine in the treatment of cold urticaria // *J. Allergy Clin. Immunol.* – 1980; 65: 309–12.
15. Neittaanmaki H., Fraki J., Gibson J. Comparison of the new antihistamine acrivastine (BW 825C) versus cyproheptadine in the treatment of idiopathic cold urticaria // *Dermatologica.* – 1988; 177: 98–103.
16. Visitsunthorn N., Tuchinda M., Vichyanond P. Cold urticaria in Thai children: comparison between cyproheptadine and ketotifen in the treatment // *Asian Pac. J. Allergy Immunol.* – 1995; 13: 29–35.

#### EXPERIENCE IN RATIONALLY PREVENTING AND TREATING THE SYMPTOMS OF COLD URTICARIA

**M. Magerl, J. Schmolke, F. Siebenhaar, T. Zuberbier, M. Metz, M. Maurer**  
Allergie-Centrum-Charité, Charité Universitätsmedizin Berlin, Germany

**Background.** Acquired cold urticaria (ACU) is an abnormal skin condition, in which exposure to cold results in wheals and itching and sometimes general systemic complications. Cold urticaria considerably worsens the patient's quality of life. Second-generation antihistamines are recommended as the first-line treatment, but to date only a few have been scientifically tested in this disease.

**Objective:** To evaluate the safety and efficacy of ebastine in preventing the symptoms of ACU.

**Methods.** Twenty-two adult patients with ACU participated in a double-blind crossover trial of ebastine 20 mg. The safety of ebastine was thoroughly evaluated using a battery of psychometric tests of cognitive performance and mood. After cold challenge, wheal and erythema were assessed by the investigator and the intensities of pruritus and burning were rated by the examinees.

**Results.** Ebastine had no negative effect on any of the parameters of cognitive performance or mood; it dramatically reduced the number of patients who had wheals, pruritus, and burning after the challenge.

**Conclusion.** Ebastine is a safe and effective drug to prevent the symptoms of ACU.

**Key words:** acquired cold urticaria, ebastine, histamine, mast cells.

## ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТ НОСОГЛОТКИ

**С. Карпищенко**<sup>1</sup>, доктор медицинских наук, профессор,  
**И. Скиданова**<sup>2</sup>, кандидат медицинских наук,

**О. Верещагина**<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук

<sup>1</sup>Санкт-Петербургский государственный  
медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

<sup>2</sup>КДЦ с поликлиникой УДП РФ, Санкт-Петербург

**E-mail:** iguryeva@yandex.ru

*Врожденные аномалии носоглотки встречаются редко и обычно связаны с нарушениями процессов эмбриогенеза. Наиболее информативными методами диагностики являются эндоскопический осмотр носоглотки, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография области носоглотки и головного мозга и биопсия с гистологическим исследованием. Контактная лазерная хирургия – оптимальный метод лечения кист носоглотки, поскольку позволяет быстро, бескровно и надежно производить их удаление.*

**Ключевые слова:** киста носоглотки, киста Торнвальда, контактная лазерная хирургия.

Врожденные аномалии носоглотки встречаются редко и обычно связаны с нарушениями процессов эмбриогенеза нотохорды и глоточной энтодермы. При неудачном слиянии в процессе развития нервных и костных структур возможно развитие энцефалоцеле или менингоцеле, распространяющихся через клиновидную кость в носоглотку или полость носа. Хордальные остатки, заканчиваясь у места прикрепления щечно-глоточной мембраны, могут остаться в виде плотных масс или кисты, известной как киста Торнвальда, или киста носоглоточной сумки. В отечественной литературе этот вопрос освещен недостаточно. Исследования иностранных ученых гораздо шире и затрагивают не только анатомию и эмбриологию, но и особенности дифференциальной диагностики носоглоточных кист, важность которой обусловлена выбором тактики лечения таких пациентов. Наиболее часто встречаются кисты Торнвальда.

А. Мауег впервые в 1840 г. описал кистоподобное образование на задней стенке носоглотки. В 1885 г. G. Thornwaldt представил 26 случаев носоглоточных кист, описал их клинические признаки и методы лечения. В 1934 г. С. Huber, исследуя эмбриогенез сумки Торнвальда, доказал, что она формируется в месте, где нотохорда сохраняет связь с глоточной энтодермой. Его предположение стало основой для поиска путей врастания внутрь дыхательного эпителия и формирования потенциального места носоглоточной сумки [17].

Сумка Торнвальда (носоглоточная сумка) – парный, разделенный на отдельные сегменты карман, расположенный с обеих сторон от переднего конца хорды эмбриона на ранней стадии его развития. Из него впоследствии образуются барабанная полость, парашитовидные железы, тимус и, возможно, щитовидная железа. В стенках первичной глотки эмбриона закладываются жаберные дуги, из которых развиваются многие анатомические образования. Этим определяются анатомическая связь и тесные топографические отношения глотки с органами головы и шеи. Формирование сумки связано с отшнуровыванием в эмбриональном периоде глоточ-

ной энтодермы от краниального отдела хорды. На 6-й неделе внутриутробной жизни головной конец нотохорды начинает подвергаться регрессу и лежит свободно в уплотнении мезенхимы, которая участвует в формировании основания черепа. Прежде чем нотохорда достигает прехордальной фасции, она входит в контакт с энтодермой зародышевой глотки. На этом уровне развивается маленький глоточный мешочек слизистой оболочки (мешочек Сиссэля) [18]. Если происходит слипание нотохорды и энтодермы, нотохорда, поднимаясь обратно до уровня развивающегося основания черепа, забирает с собой часть глоточной слизистой оболочки. В результате формируется сумка, выстланная нормальной слизистой оболочкой глотки, – сумка Торнвальда [6, 12, 19].

Распространенность кист Торнвальда – 0,2–5%. Характерно бессимптомное течение, но, учитывая их локализацию и связанность с респираторным эпителием, высока частота инфицирования. К формированию кисты Торнвальда (носоглоточной кисты) приводит блок дренажного отверстия носоглоточной сумки вследствие травмы (тампонада носа, аденомотомия), воспаления или инфекции. Возможно формирование свищевого хода из этой кисты, сопровождающееся ее периодическим опорожнением [8, 9]. Вероятно, кисты образуются вследствие невозможности опорожнения носоглоточной сумки, что, в свою очередь, может быть связано со слиянием и обструкцией глубоких аденоидных крипт и продолжающимся слущиванием эпителия. Инфекция в этой области приводит к формированию замазкоподобного казеозного отделяемого с неприятным запахом, которое при нажатии на область кисты легко выдавливается. Микроскопически содержимое кисты представлено массами ткани дегенерированного кератина, большим количеством полиморфно-ядерных лейкоцитов и отделимыми включениями холестерина [7].

Торнвальд описал клинический синдром, известный как болезнь Торнвальда, и классифицировал признаки заболевания на местные и системные. К местным он отнес проявления воспалительных явлений в носоглотке: постоянное стекание гнойного отделяемого по задней стенке глотки, неприятный запах изо рта, нарушение функции слуховой трубы, затруднение носового дыхания, симптомы фарингита. Системные признаки, проявляющиеся кашлем, затруднением дыхания, болями в груди, связаны с развитием ларингита, бронхита, бронхиальной астмы. Неврогенная симптоматика проявляется сильными головными болями в затылочной области, которые носят постоянный или пульсирующий характер, могут иррадиировать в область шеи и плеча [10, 21].

Выделяют 3 ведущих признака кисты Торнвальда: постоянное стекание гнойного отделяемого из носоглотки; затылочная головная боль, усиливающаяся при движениях головы; неприятный запах изо рта [16].

Для диагностики кист Торнвальда наиболее информативны эндоскопический осмотр полостей носа и носоглотки, компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) области носоглотки и головного мозга и биопсия с гистологическим исследованием [24].

При эндоскопии приблизительно на уровне розенмюллеровой ямки на задней стенке носоглотки визуализируется образование с гладкой поверхностью, округлой формы. При надавливании на область кисты иногда выделяется казеозное, слизистое или гнойное содержимое.

Рентгенодиагностика малоинформативна: на боковой рентгенограмме в верхнезаднем отделе носоглотки может определяться мягкотканая тень овальной формы, с четкими границами, размерами 0,5–4 см, без костной деструкции [13, 20].

Кисты Торнвальда лучше всего выявляются при КТ и МРТ как округлые образования с четкими контурами, расположенные в носоглотке, обычно – по средней линии [4]. Они дают сигнал, подобный таковому у цереброспинальной жидкости, на изображениях T2 и изоинтенсивный или гиперинтенсивный сигнал на изображениях T1 в зависимости от наличия жира, слизи, гноя или белка [2, 6]. Размеры кист колеблются от 0,5 до 4 см [1].

При гистологическом исследовании внутренняя выстилка кисты Торнвальда так же, как и ретенционной аденоидной кисты, представлена цилиндрическим мерцательным эпителием. Стенки носоглоточной кисты в отличие от внутриаденоидной незначительно инфильтрированы лимфоцитами; характерно наличие небольшого количества лимфоидных фолликулов, в то время как аденоидные кисты обильно окружены лимфатической тканью [15].

Носоглоточную кисту необходимо дифференцировать с внутриаденоидными кистами, кистами кармана Ратке, бронхиальными кистами, менингоцеле, менингоэнцефалоцеле, мукоцеле клиновидной пазухи, онкоцитарными кистами, носоглоточной карциномой, краниофарингиомой, предпозвоночным или заглоточным абсцессами и псевдокистами носоглотки [3, 11]. Правильная постановка диагноза необходима для определения тактики ведения таких пациентов и прогнозирования отдаленных результатов их лечения. При дифференциальной диагностике учитываются расположение кист, гистологические особенности строения стенок и результаты КТ или МРТ.

Аденоидные кисты развиваются в той же самой области, что и киста Торнвальда; их бывает трудно дифференцировать с кистой Торнвальда. Аденоидные кисты обычно имеют небольшой размер (<5 мм в диаметре) и часто множественные.

Киста Торнвальда располагается позади и ниже кисты сумки Ратке, что служит ориентиром для дифференцировки. Сумка Ратке является началом передней доли гипофиза (аденогипофиза) и находится у соединения сошника и клиновидной кости. Хотя обычно происходит облитерация сумки Ратке, ее остатки могут сохраняться как небольшие эпителиальные кисты в теле клиновидной кости или носоглотке. Киста сумки Ратке формируется из остаточных эпителиальных элементов сумки, являющейся выпячиванием стомодеальной крыши, которая участвует в образовании передней доли гипофиза при эмбриогенезе. Эпителиальный остаток сумки Ратке может быть заключен в клиновидную кость. Это связано с тем, что при формировании сумки Ратке она проходит через мезенхимальный зачаток клиновидной кости прежде, чем он окостенеет. Эпителиальный остаток может дать начало интрасфеноидальной или носоглоточной внечерепной краниофарингиоме. Одни авторы полагают, что эти кисты образуются непосредственно из нейроэпителия, другие – что они возникают в результате метаплазии клеток-предшественниц гипофиза, третьи предполагают энтодермальное происхождение. Распространенность этих кист – приблизительно 1% от числа пациентов с гипофизарными и гипоталамическими опухолями. Общие симптомы – головная боль, гипофизарная дисфункция, снижение или потеря зрения в результате сдавливания зрительного перекреста, эндокринные нарушения, в частности гиперпролактинемия. Необходима дифференциация с арахноидальной кистой и краниофарингиомой.

Эпидермоид, дермоид, хористома, тератома, гамартома и кисты из сохранившейся эмбриональной нервной трубки нечасто встречаются в носоглотке. Кисты из сохранившейся эмбриональной нервной трубки (нейроэнтальные) обычно

начинают проявляться на 2 или 3-м десятилетии жизни. Они могут находиться позади или внутри ската черепа, прорасти в носоглотку и клиновидную кость. Как и другие нейроэпителиальные кисты (краниофарингиома, киста Ратке, киста коллоида, нейроэпителиальные цервикальные и спинномозговые кисты), они часто гиперинтенсивны на T1- и T2-изображениях.

Бранхиогенная киста (жаберная киста, боковая киста шеи), происходящая из второй жаберной дуги, может распространяться довольно глубоко и достигать боковой стенки глотки. Обычно такие кисты находятся на стыке нижней и средней третей *m. sternocleidomastoideum*. Жаберная киста начинает клинически проявляться на 2–4-м десятилетиях жизни, редко – в период новорожденности. Истинная жаберная киста выстлана слоистым сквамозным эпителием или реснитчатым цилиндрическим эпителием, что связано с ее происхождением из эктодермы. Стенки кисты инфильтрированы лимфоцитами. Часто первоначальный диагноз у пациентов с подобными кистами – парафарингеальный абсцесс. Жаберные кисты в отличие от кист аденоидных, Торнвальда, Ратке, которые располагаются по средней линии, находятся в латеральных отделах носоглотки. Киста сумки Ратке выстлана изнутри слоистым сквамозным эпителием, а киста Торнвальда и ретенционная аденоидная киста – цилиндрическим мерцательным эпителием. Киста Торнвальда погружена в глоточно-базилярную фасцию, тогда как ретенционная киста обычно обнаруживается на поверхности глоточно-базилярной фасции. При гистологическом исследовании кисты Торнвальда ее стенки незначительно инфильтрированы лимфоцитами, имеется небольшое количество лимфоидных фолликулов, в то время как аденоидные кисты окружены большим количеством лимфатической ткани, множеством воспалительных клеток и зародышевыми центрами. Гистологическое заключение помогает дифференцировать

доброкачественные и злокачественные образования. Если образование носоглотки имеет большой размер, выдается в носоглотку из полости свода черепа, имеет поверхностные эрозии, можно заподозрить его злокачественность. Сравнительная характеристика носоглоточных кист представлена в табл. 1.

В литературе описаны разные варианты случайного диагностирования кист Торнвальда. Пациенты обычно обращаются с жалобами на стекание гнойного отделяемого по задней стенке глотки [14, 22]. Назначается рентгенограмма придаточных пазух носа, и, если не сделана боковая проекция, патологические изменения могут быть не выявлены и больной необоснованно подвергается длительному консервативному лечению с назначением курсов антибиотиков без выраженного эффекта. Впоследствии его часто направляют к другим специалистам, например к психотерапевту. Описаны случаи обращения больных с жалобами на заложенность ушей, ощущение переливания жидкости в ушах. Ставились диагнозы: тубоотит, экссудативный или адгезивный отит, назначалось соответствующее лечение, не приносящее положительных результатов [6, 15]. Описана крупная киста, которая блокировала носовое дыхание; при этом отсутствовала выраженная симптоматика, характерная для кист носоглотки [11]. В связи с этим необходимо помнить, что затруднение носового дыхания, помимо общеизвестных причин (искривление перегородки носа, хронические риниты, синехии полости носа, доброкачественные и злокачественные новообразования полостей носа и носоглотки), может быть обусловлено кистой носоглотки. Выраженные головные боли в области затылка не всегда связаны с артериальной гипертензией или злокачественными опухолями основания черепа. Нередко, чтобы избавить больного от мучительных головных болей, достаточно диагностировать носоглоточную кисту и обеспечить достаточный ее дренаж [5, 23].

Хирургическое удаление носоглоточных кист представляется наиболее целесообразным методом лечения, поскольку консервативная терапия неэффективна. Цель оперативного вмешательства – обеспечить достаточный дренаж кисты и по возможности удалить ее выстилку. Существуют разные методики удаления кист. Исторически первым появился метод удаления кист носоглотки через ротовую полость вместе с аденоидной тканью при ее наличии. Впоследствии предлагались более щадящие методики эндоскопического удаления, марсупиализации и коагуляции кист. Трансназальная эндоскопическая марсупиализация благодаря хорошей визуализации операционного поля позволяет осуществить максимально возможное удаление кисты с минимальным повреждением окружающих здоровых тканей, что дает возможность предотвратить повреждение устьев слуховых труб и обеспечить более благоприятный прогноз.

Характеристика носоглоточных кист (J. Lin и соавт., 2006)

Таблица 1

Образование	Изображение КТ и МРТ	Характеристика
Киста Торнвальда	КТ: плотная ткань; МРТ: T1 – изо- или гиперинтенсивный сигнал, T2 – гиперинтенсивный сигнал	Врожденная срединная киста размером 0,5–2 см, с гладкой поверхностью, может визуализироваться маленькое отверстие
Бранхиогенная киста	КТ: плотная ткань; МРТ: T1 – гиперинтенсивный сигнал, T2 – гиперинтенсивный сигнал	Врожденная боковая киста в области тубарного валика
Киста кармана Ратке	КТ: плотная ткань; МРТ: T1 – гиперинтенсивный сигнал, T2 – гиперинтенсивный сигнал	Выше кисты Торнвальда
Ретенционная аденоидная киста	КТ: плотная ткань; МРТ: T1 – изоинтенсивный сигнал, T2 – гиперинтенсивный сигнал	Приобретенная срединная или боковая киста, обычно маленьких размеров (<5 мм); часто встречаются множественные кисты
Менингоцеле или менингоэнцефалоцеле	КТ: костная деструкция; МРТ: T1 – изоинтенсивный сигнал, T2 – гиперинтенсивный сигнал	Срединное положение. Связана с внутричерепной тканью
Мукоцеле клиновидной пазухи	КТ: костная деструкция; МРТ: T1 – изоинтенсивный сигнал, T2 – гиперинтенсивный сигнал	Срединное положение. Дефект кости в области дна клиновидной пазухи
Носоглоточная карцинома	КТ: плотная ткань; костная деструкция; МРТ: T1 – изоинтенсивный сигнал, T2 – гиперинтенсивный сигнал	Латеральное положение, неровная поверхность, может легко кровоточить

В клинике СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова за 4 года произведено эндоскопическое удаление 30 кист носоглотки с использованием лазера в контактном режиме. Из прооперированных больных в возрасте от 25 до 68 лет — 9 мужчин, 19 женщин — у 8 пациентов были выявлены ретенционные аденоидные кисты, а у остальных — кисты Торнвальда. Диагноз кисты носоглотки был поставлен впервые на нашей кафедре всем пациентам.

Основным симптомом у всех больных с кистами носоглотки было ощущение стекания гнойного отделяемого по задней стенке глотки. Неприятный запах изо рта наблюдался у 8 пациентов, что было связано с периодическим самостоятельным вскрытием кисты с выделением гнойного отделяемого в носоглотку. В 16 случаях отмечались явления тугоухости, что, скорее всего, связано с раздражающим влиянием инфицированного содержимого кисты на слуховую трубу. На затруднение носового дыхания жаловались 10 больных, из которых только у 2 оно было связано с размерами кисты, а у остальных 8 — с разными видами патологии полости носа (искривление перегородки, вазомоторный и аллергический ринит). Появление дискомфорта в горле у 24 пациентов было обусловлено стеканием гнойного отделяемого из носоглотки с развитием острого фарингита или обострением хронического фарингита. Головная боль наблюдалась у 2 пациентов с кистами больших размеров (табл. 2).

Таким образом, преобладали жалобы на стекание гнойного отделяемого по задней стенке глотки и как следствие — на дискомфорт в горле и заложенность ушей в связи с развитием острого фарингита и тугоухости.

Всем больным с кистами носоглотки проводилось комплексное диагностическое обследование. Передняя и задняя риноскопия — неинформативный метод диагностики кист носоглотки. Дифференцировать кисты удается только при осмотре ригидным эндоскопом. Видеоэндоскопическая техника дает возможность детально рассмотреть кисту, оценить ее размеры, локализацию и даже иногда увидеть ее содержимое. При эндоскопическом осмотре в носоглотке выявляется округлое образование, при зондировании которого определяется флюктуация. Используя зонд, под контролем эндоскопа мы измеряли глубину носоглотки на уровне кисты для возможной оценки результатов лечения.

Диагностически значимы результаты КТ или МРТ, которые позволяют проводить дифференциальную диагностику как собственно кист носоглотки, так и других ее доброкачественных и злокачественных образований. По результатам КТ и МРТ носоглотки подтверждено наличие истинных кист Торнвальда у 22 пациентов.

Так же, как в остальных группах больных, производилась биопсия кист с последующим морфологическим исследованием. Гистологически диагноз истинной кисты Торнвальда подтвержден у 22 пациентов, у 8 были верифицированы ретенционные аденоидные кисты.

Хирургический метод лечения кист Торнвальда с использованием контактной лазерной хирургии, по нашему мнению, оптимален, поскольку позволяет быстро, бескровно и надежно произвести их удаление. В связи с тем, что для лечения кисты носоглотки необходимо создать адекватный дренаж и удалить ее выстилку, в контактном режиме применялись Nd:YAG- и полупроводниковый лазеры. Под местной аппликационной анестезией под контролем эндоскопа в носоглотку вводился манипулятор с кварцевым волокном Nd:YAG-лазера и иссекалась передняя стенка кисты. После вскрытия полости кисты происходило ее опорожнение. Жидкостное отделяемое

Таблица 2  
Распределение жалоб у больных с кистами носоглотки

Жалоба	Число пациентов, абс. (%)
Стекание гнойного отделяемого из носоглотки	30 (100)
Неприятный запах изо рта	8 (26,7)
Заложенность ушей	16 (53,3)
Затруднение носового дыхания	10 (33,3)
Дискомфорт в горле	24 (80)
Кашель	4 (13,3)
Головная боль, усиливающаяся при движениях головы	2 (6,7)

(слизь, гной) удаляли с помощью аспиратора, а казеозное содержимое — с помощью щипцов; выстилка кисты лазерировалась. Для удаления лимфоидной ткани при внутриаденоидных кистах применялась техника лазериндуцированной интерстициальной термотерапии, чтобы впоследствии обеспечить достаточное ее дренирование и исключить рецидивы.

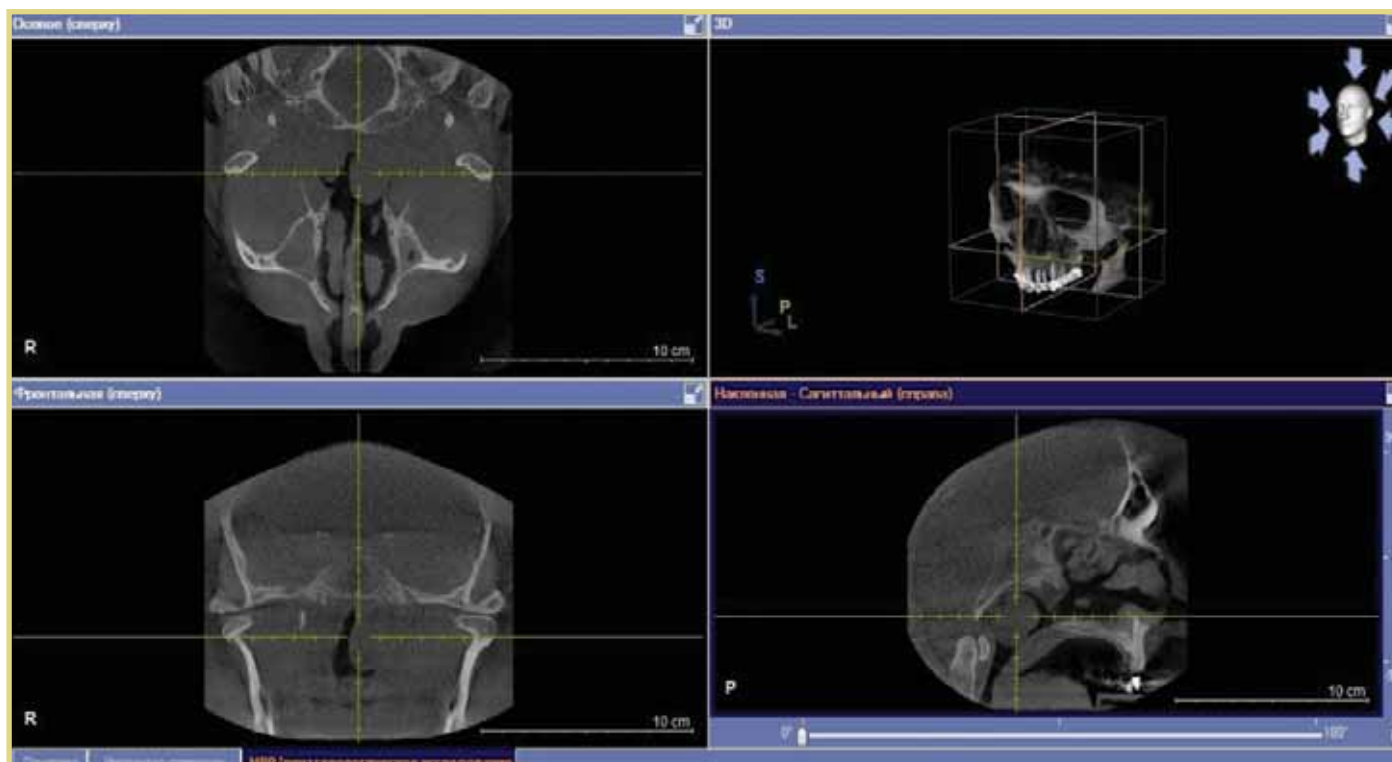
Использование комбинированной контактной лазерной техники позволило быстро и надежно удалить кисты носоглотки в 100% случаев. Срок наблюдения в послеоперационном периоде — 3 года. Рецидив кисты Торнвальда наблюдался в 1 случае. После повторного вмешательства рецидивов не было.

Приводим клинический пример.

**Больной Б.,** 66 лет, поступил в клинику оториноларингологии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова с диагнозом: новообразование носоглотки с жалобами на заложенность левого уха, заложенность носа. Острая боль в левом ухе впервые возникла во время взлета и посадки самолета. В течение 1 мес после перелета сохранялась заложенность в левом ухе. Из анамнеза известно, что заложенность носа беспокоит длительное время. На трехмерной компьютерной томограмме придаточных пазух носа выявлено округлое образование, несимметрично выполняющее носоглотку, исходящее из боковой стенки носоглотки слева, имеющее широкое основание (рис. 1), что в силу онкологической настороженности позволило предположить наличие злокачественного процесса.

Под аппликационной анестезией 10% раствором лидокаина по стандартной методике с помощью ригидного эндоскопа с углом зрения 0° была выполнена видеоэндоскопия полости носа и носоглотки. При эндоскопическом осмотре обнаружено бугристое гладкое образование округлой формы, покрытое гиперемизированной слизистой оболочкой, напряженное, легко смещающееся, с признаками флюктуации, исходящее из проекции левой розенмюллеровой ямки. Новообразование блокировало обе половины носа. В момент глотки образование смещалось кпереди, оказывая давление на тубарный валик и прижимая заднемедиальную стенку глоточного устья слуховой трубы к переднелатеральной.

В условиях местной аппликационной анестезии 10% раствором лидокаина и интраназальной инфильтрации раствором ультракаина 2,0 под контролем ригидного эндоскопа с углом зрения 0° полупроводниковым лазером в контактном режиме при мощности 8 Вт произведено лазерное удаление новообразования носоглотки. При



**Рис. 1.** Трехмерная КТ околоносовых пазух носа больного Б.: визуализируется образование носоглотки округлой формы, исходящее из боковой стенки носоглотки слева

введении лазерного волокна в строму новообразования (рис. 2) получено и аспирировано обильное густое мукозное содержимое (рис. 3). При дальнейшем рассечении стенки образования обнаружилась многокамерная структура, в результате лазерного рассечения стенок которой все содержимое полностью эвакуировалось. Стенки «мешка» отсечены и направлены на гистологическое исследование. Основание кистоподобного образования тщательно коагулировано. Тампонада полости носа и носоглотки не выполнялась в связи с высоким гемостатическим эффектом лазерного воздействия. Антибактериальное лечение назначалось системно. Результаты гистологического исследования: хроническое

воспаление в стадии обострения по типу продуктивного. В раннем послеоперационном периоде больной отметил улучшение общего состояния, восстановление носового дыхания, отсутствие заложенности левого уха.

Таким образом, наиболее информативные методы диагностики кист носоглотки – эндоскопическое исследование, КТ и МРТ. Окончательная постановка диагноза кисты носоглотки возможна только по результатам гистологического исследования. Методом выбора в лечении носоглоточных кист является эндоназальное эндоскопическое контактное лазерное хирургическое вмешательство, обеспечивающее безболезненное и бескровное удаление кист без выраженной воспалительной реакции в послеоперационном периоде.



**Рис. 2.** Введение лазерного волокна в строму новообразования



**Рис. 3.** Под контролем ригидного эндоскопа аспирировано обильное густое мукозное содержимое

## Литература

1. Battino R., Khangure M. Is that another Thornwaldt's cyst on MRI? // Australas. Radiol. – 1990; 34 (1): 19–23.
2. Ben Salem D., Duvillard C., Assous D. et al. Imaging of nasopharyngeal cysts and bursae // Eur. Radiol. – 2006; 16 (10): 2249–58.
3. Chang S., Wu T., Yiu C. Thornwaldt's cyst formation after concurrent chemoradiotherapy for nasopharyngeal carcinoma // J. Laryngol. Otol. – 2006; 120 (11): 959–60.
4. Chong V., Fan Y. Radiology of the nasopharynx: pictorial essay // Australas. Radiol. – 2000; 44 (1): 5–13.
5. Goodwin R. Thornwaldt's disease. Characteristics headaches syndrome and etiology // Laryngoscope. – 1944; 54: 66–75.
6. Ikushima I., Korogi Y., Makita O. et al. MR imaging of Thornwaldt's cysts // Am. J. Roentgenol. – 1999; 172 (6): 1663–5.
7. Ireland P. The surgical pathology of the nasopharynx // Canad. M.A.J. – 1955; 72 (2): 186–9.
8. Jans L., Lemmerling M., Verstraete K. Thornwaldt's cyst // JBR-BTR. – 2005; 88 (4): 209.
9. Janzen D., Poskitt K. Thornwaldt's cyst of the nasopharynx // Radiol. J. – 1992; 43 (4): 305–6.
10. Kwok P., Hawke M., Jahn A. et al. Thornwaldt's cyst: clinical and radiological aspects // J. Otolaryngol. – 1987; 16 (2): 104–7.
11. Lin J., Tai C., Lee K. et al. Huge Thornwaldt's cyst: a case report // Kaohsiung J. Med. Sci. – 2006; 22 (10): 524–8.
12. Mafee M., Valvassori G., Becker M. Imaging of the Head and Neck / Thieme, 2004; 866 p.
13. Magliulo G., Fusconi M., D'Amico R. et al. Thornwaldt's cyst and magnetic resonance imaging // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 2001; 110 (9): 895–6.
14. Mayor G., Martinez San Millan J., Barbera Duran R. et al. Nasopharyngeal cysts. Report of four cases and literature review // An. Otorrinolaringol. Ibero Am. – 1999; 26 (6): 607–19.
15. Miyahara H., Matsunaga T. Thornwaldt's disease // Acta Otolaryngol. Suppl. – 1994; 517: 36–9.
16. Miller R., Sneed W. Thornwaldt's bursa // Clin. Otolaryngol. Allied. Sci. – 1985; 10 (1): 21–5.
17. Moody M., Chi D., Mason J. et al. Thornwaldt's cyst: incidence and a case report // Ear Nose Throat. J. – 2007; 86 (1): 45–52.
18. Mukherji S., Holliday R. Thornwaldt's cysts // Head and neck imaging. 3rd ed. St. Louis: Mosby, 1996; p. 462–3.
19. Rosemann G., Schaupp H. The pathogenesis of the nasopharyngeal bursa (Thornwaldt's disease) // HNO. – 1975; 23 (7): 207–9.
20. Shank E., Burgess L., Geyer C. Thornwaldt's cyst: case report with magnetic resonance imaging (MRI) // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 1990; 102 (2): 169–73.
21. Stern L., Hall S. Thornwaldt's disease. Onset as symptomatic (secondary) glossopharyngeal neuralgia // Neurology. – 1972; 22 (11): 1182–5.
22. Weissman J. Thornwaldt cysts // Am. J. Otolaryngol. – 1992; 13 (6): 381–5.
23. Wilcox R., Pathi R. Thornwaldt's cysts are sometimes a bit of a headache // Intern. Med. J. – 2007; 37 (1): 67–8.
24. Yuca K., Etlik O., Kiroglu A. et al. Endoscopic view and MRI of a Thornwaldt's cyst of the nasopharynx // B-ENT. – 2005; 1 (3): 155–7.

## THE DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF NASOPHARYNGEAL CYSTS

Professor **S. Karpishchenko**<sup>1</sup>, MD; **I. Skidanova**<sup>2</sup>, PhD; **O. Vereshchagina**<sup>1</sup>, PhD

<sup>1</sup>Acad. I.P. Pavlov State Medical University, Saint Petersburg;

<sup>2</sup>Federal State Establishment Clinical Diagnostic Center

of Administrative Department of President RF, Saint Petersburg

*Congenital nasopharyngeal abnormalities are infrequent and usually associated with impaired embryogenesis. The most informative diagnostic methods are endoscopic examination of the nasopharynx, computed tomography, magnetic resonance imaging of the nasopharynx and brain, and biopsy with histological examination. Contact laser surgery is an optimal treatment option for nasopharyngeal cysts since it can remove them rapidly, bloodlessly, and reliably.*

**Key words:** nasopharyngeal cyst, Thornwaldt cyst, contact laser surgery.

## ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ИЗОЛИРОВАННОЙ ТЕРМОИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМОЙ

**С. Дегтярева**<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук,  
**Е. Шмелев**<sup>1</sup>, доктор медицинских наук, профессор,  
**С. Смирнов**<sup>2</sup>, доктор медицинских наук, профессор,  
**П. Брыгин**<sup>2</sup>, кандидат медицинских наук  
<sup>1</sup>Центральный НИИ туберкулеза РАМН;  
<sup>2</sup>НИИ СП им. Н.В. Склифосовского,  
 городской Ожоговый центр, Москва  
**E-mail:** Bonita.lana@mail.ru

*Исследование показало, что у большинства больных с изолированной термоингаляционной травмой после выписки сохраняются респираторные проявления, требующие продолжения терапии – назначения  $\beta_2$ -агонистов, ингаляционных стероидов (в комбинации или отдельно), мукокорегуляторов и антибиотиков.*

**Ключевые слова:** термоингаляционная травма, ингаляционные глюкокортикостероиды, антибиотики, фибробронхоскопия.

Термоингаляционная травма (ТИТ) занимает значительное место в общей структуре ожогового травматизма. Актуальность ее изучения связана с тяжестью клинического течения, частотой инфекционных осложнений и, главное, высокой летальностью, составляющей от 33,3 до 82,2% летальности при ожоговых травмах (Л.И. Герасимова, С.В. Смирнов, 1996).

В Московском городском ожоговом центре НИИ им. Н.В. Склифосовского накоплен большой опыт лечения таких больных. После выписки из Ожогового центра пациенты обычно продолжают лечение в амбулаторных условиях по месту жительства.

Современная пульмонология располагает передовыми методами контроля и лечения многих патологических состояний, возникающих при ожогах дыхательных путей (дистресс-синдром, воспаление, вентиляционные нарушения, гиперсекреция, инфекция). Однако до сих пор не изучены возможность и эффективность лечения последствий изолированной ТИТ в условиях пульмонологического стационара.

Нами проведено открытое рандомизированное проспективное исследование у 101 больного с изолированной ТИТ или в сочетании с ограниченными ожогами кожных покровов (до 10% поверхности тела). Пациенты методом рандомизации были разделены на 2 группы. Основную группу составили 56 больных, которые в острый период получали лечение в Ожоговом центре, а после устранения проявлений острой дыхательной недостаточности (ОДН) были переведены в пульмонологическое отделение ЦНИИ туберкулеза РАМН. Контрольную группу составили 45 пациентов, находившихся на лечении в Ожоговом центре, а через 1 мес после выписки из стационара обследованные в ЦНИИ туберкулеза.

Степень тяжести ТИТ устанавливали при помощи эндоскопического исследования [3]: