

Основан в 2011 г.

Беларусь

Учредители:

УП «Профессиональные издания»
ГУ «Республиканский
научно-практический центр
оториноларингологии»

Журнал зарегистрирован

Министерством информации
Республики Беларусь 19 октября 2010 г.
Регистрационное свидетельство № 583

Адрес редакции:

220049, ул. Кнорина, 17, г. Минск.
Тел.: (017) 322-16-77, 322-16-78
recipe.by
e-mail: lor@recipe.by

Директор Евтушенко Л.А.

Заместитель главного редактора
Жабинский А.В.

**Руководитель службы рекламы
и маркетинга** Коваль М.А.

Технический редактор Каулькин С.В.

Украина

Учредитель:

УП «Профессиональные издания»

Журнал зарегистрирован

Государственной регистрационной службой
Украины 5 октября 2011 г.
Регистрационное свидетельство
КВ № 18187-6987Р

Офис в Украине:

ООО «Профессиональные издания.
Украина»
04116, Киев, ул. Старокиевская, 10-г,
сектор «В», офис 201

Отдел рекламы:

тел.: +38 044 33-88-704, +38 067 102-73-64
e-mail: pi_info@ukr.net

Россия

Учредители:

ООО «Вилин»
При содействии ФГБУ «Научно-клинический
центр оториноларингологии Федерального
медико-биологического агентства»
и УП «Профессиональные издания»

Журнал зарегистрирован

Федеральной службой
по надзору в сфере связи,
информационных технологий
и массовых коммуникаций.
Регистрационное свидетельство
ПИ № ФС77-63514

Подписка

в каталоге РУП «Белпочта» (Беларусь) индивидуальный индекс 00112; ведомственный индекс 001122.

В Украине подписка оформляется через офис ООО «Профессиональные издания. Украина».

Единый подписной индекс в электронных каталогах – 00112: Российской Федерация: ООО «Информнаука», ЗАО «МК-Периодика», ООО «Прессинформ»; Украина: ГП «Пресса»; Молдова: ГП «Пошта Молдовей»; Литва: АО «Летувос папштас»; Германия: Kuschnerov EASTUROBOOKS; Латвия: ООО «Подписное агентство PKS»; Болгария: «INDEX».

Электронная версия журнала доступна на сайте lor.recipe.by, в Научной электронной библиотеке eLibrary.ru, в базе данных East View, в электронной библиотечной системе IPRbooks.

По вопросам приобретения журнала обращайтесь в редакцию в Минске и офис издательства в Киеве.

Журнал выходит 1 раз в 3 месяца.
Цена свободная.

Подписано в печать: 30.09.2020 г.
Тираж 600 экз. (Беларусь)
Тираж 1 500 экз. (Украина)
Тираж 3 500 экз. (Россия)
Заказ №

Формат 70x100 1/16. Печать офсетная.

Отпечатано в типографии

Производственное дочернее унитарное предприятие «Типография Федерации профсоюзов Беларуси».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя, распространителя печатных изданий №2/18 от 26.11.2013.
пл. Свободы, 23-103, г. Минск. ЛП №02330/54 от 12.08.2013.

© «Оториноларингология. Восточная Европа»

Авторские права защищены. Любое воспроизведение материалов издания возможно только с письменного разрешения редакции с обязательной ссылкой на источник.

© УП «Профессиональные издания», 2020

© Оформление и дизайн УП «Профессиональные издания», 2020

Беларусь

Главный редактор

Макаркина-Кибак Людмила Эдуардовна, д-р мед. наук, доц.

Научный редактор

Хоров О.Г., д-р мед. наук, проф.

Редакционный совет:

Андрианова Т.Д., канд. мед. наук (Минск)
Белоцерковский И.В., канд. мед. наук (Минск)
Буцель А.Ч., канд. мед. наук, доц. (Минск)
Гребень Н.И., канд. мед. наук (Минск)
Еременко Ю.Е., д-р мед. наук, доц. (Минск)
Затолока П.А., д-р мед. наук, доц. (Минск)
Колядич Ж.В., д-р мед. наук (Минск)
Король И.М., д-р мед. наук, проф. (Минск)
Малец Е.Л., канд. мед. наук (Минск)
Мельник В.Ф., д-р мед. наук (Минск)
Меркулова Е.П., д-р мед. наук, проф. (Минск)
Песоцкая М.В., канд. мед. наук (Минск)
Петряков В.А., канд. мед. наук, доц. (Минск)
Романова Ж.Г., канд. мед. наук, доц. (Минск)
Садовский В.И., канд. мед. наук, доц. (Гомель)
Сакович А.Р., д-р мед. наук, доц. (Минск)
Чайковский В.В., канд. мед. наук, доц. (Минск)
Чекан В.Л., канд. мед. наук, доц. (Минск)
Шляга И.Д., канд. мед. наук, доц. (Гомель)

Украина

Главный редактор

Заболотный Дмитрий Ильич, акад. НАМН Украины, д-р мед. наук, проф.

Редакционный совет:

Абызов Р.А., д-р мед. наук, проф. (Киев)
Безшапочный С.Б., д-р мед. наук, проф. (Одесса)
Березнюк В.В., д-р мед. наук, проф. (Днепр)
Гусакон А.Д., д-р мед. наук, проф. (Запорожье)
Митин Ю.В., д-р мед. наук, проф. (Киев)
Селезнев К.Г., д-р мед. наук, проф. (Донецк)
Тимен Г.Э., член-корр. НАМН Украины, д-р мед. наук, проф. (Киев)

Россия

Главный редактор

Дайхес Николай Аркадьевич, член-корр. РАН, д-р мед. наук, проф.

Редакционный совет:

Авербух В.М., канд. мед. наук
Виноградов В.В., д-р мед. наук
Гарашенко Т.И., д-р мед. наук, проф.
Диаб Хассан, д-р мед. наук
Зайцева О.В., канд. мед. наук
Карнеева О.В., д-р мед. наук, доц.
Ким И.А., д-р мед. наук, проф.
Нажмудинов И.И., канд. мед. наук
Осипенко Е.В., канд. мед. наук, доц.
Поляков Д.П., канд. мед. наук
Юнусов А.С., д-р мед. наук, проф.

Рецензируемое издание

Журнал включен в международные базы Ulrich's Periodicals Directory, EBSCO, РИНЦ.

Входит в Перечень научных изданий Республики Беларусь для опубликования результатов диссертационных исследований (решение коллегии ВАК от 15.06.2011, протокол № 12/2).

Входит в Перечень научных изданий Республики Узбекистан (решение медико-хирургического экспертного Совета при ВАКе Республики Узбекистан от 13.11.2012, протокол № 77).

Входит в Перечень изданий, рекомендуемых для публикации основных научных результатов, Комитета по контролю в сфере образования и науки Министерства образования и науки Республики Казахстан (приказ председателя Комитета от 10 июля 2012 года №1082).

Ответственность за точность приведенных фактов, цитат, собственных имен и прочих сведений, а также за разглашение закрытой информации несут авторы. Редакция может публиковать статьи в порядке обсуждения, не разделяя точки зрения автора.

Ответственность за содержание рекламных материалов и публикаций с пометкой «На правах рекламы» несут рекламодатели.

Казахстан

Главный редактор

Тулерабаев Райс Кажкеневич, акад. НАН Казахстана, д-р мед. наук, проф.

Редакционный совет:

Аженов Т.М., д-р мед. наук, проф. (Астана)
Буркунбаева Т.Н., д-р мед. наук, проф. (Алма-Ата)
Газизов О.М., д-р мед. наук, проф. (Караганда)
Джандаев С.Ж., д-р мед. наук, проф. (Астана)
Жусупов Б.З., д-р мед. наук, проф. (Астана)
Исмагулова Э.К., д-р мед. наук, проф. (Актобе)

Молдова

Главный редактор

Абабий Иван Иванович, акад. АН Молдовы, д-р мед. наук, проф.

Редакционный совет:

Гагауз А.М., канд. мед. наук, доц. (Кишинев)
Дьякова С.А., канд. мед. наук, доц. (Кишинев)
Кабак В.К., канд. мед. наук, доц. (Кишинев)
Маниук М.К., д-р мед. наук, проф. (Кишинев)
Сандул А.М., д-р мед. наук, проф. (Кишинев)

Узбекистан

Главный редактор

Амонов Шавкат Эргашевич, д-р мед. наук, проф.

Редакционный совет:

Абдукаюмов А.А., д-р мед. наук, доц. (Ташкент)
Джаббаров К.Д., д-р мед. наук, проф. (Ташкент)
Маматова Т.Ш., канд. мед. наук, доц. (Ташкент)
Палванов Б.Б., д-р мед. наук, доц. (Ташкент)
Хакимов А.М., д-р мед. наук, проф. (Ташкент)
Хасанов С.А., д-р мед. наук, проф. (Ташкент)

Редакционная коллегия:

Карабаев Х.Э., д-р мед. наук, проф. (Ташкент, Узбекистан)
Лихачев С.А., д-р мед. наук, проф. (Минск, Беларусь)
Петрова Л.Г., д-р мед. наук, проф. (Минск, Беларусь)
Хоров О.Г., д-р мед. наук, проф. (Гродно, Беларусь)
Янов Ю.К., член-корр. РАМН, д-р мед. наук, проф. (Санкт-Петербург, Россия)

International Scientific Journal
OTORHINOLARYNGOLOGY. EASTERN EUROPE
OTORINOLARINGOLOGIJA. VOSTOCHNAJA EVROPA

lor.recipe.by

2020 Volume 10 Number 3

Founded in 2011

Belarus

Founders:

UE "Professional Editions"
SE "Republican Scientific and Practical
Centre of Otorhinolaryngology"

The journal is registered

in the Ministry of information
of the Republic of Belarus 19.10.2010
Registration certificate № 583

Address of the editorial office:

220049, Minsk, Knorin str., 17.
Phone: (017) 322-16-77, 322-16-78,
recipe.by,
e-mail: lor@recipe.by

Director L. Evtushenko

Deputy editor-in-chief A. Zhabinski

Head of advertising and marketing

M. Koval

Technical editor S. Kaulkin

Ukraine

Founder:

UE "Professional Editions"

The journal is registered

at the State registry of Ukraine 05.10.2011
Registration certificate KV № 18187-6987R

Office in Ukraine:

LLC "Professional Editions. Ukraine"
04116, Kyiv, Starokievskaya str., 10-g,
sector "B", office 201

Contacts:

phone: +38 044 33-88-704, +38 067 102-73-64
e-mail: pi_info@ukr.net

Russia

Founders:

LLC "Vilin"
With assistance of FSBI "Scientific Clinical
Centre of Otorhinolaryngology Federal
Medico Biological Agency"
and UE "Professional Editions"

The journal is registered

by the Federal Service for Supervision of
Communications, Information Technology,
and Mass Media.
Registration certificate PE № FS77-63514

Subscription

in the Republican unitary enterprise "Belposhta" individual index – 00112; departmental index – 001122.

In Ukraine the subscription is made out through office LLC "Professional Edition. Ukraine".

Index 00112 in catalogues of: Russian Federation: Informnauka LLC, MK-Periodica CJSC, Pressinform LLC; Ukraine: Pressa SE;
Moldova: Posta Moldovei SE; Lithuania: Lietuvos pastas JSC; Germany: Kuschnerov EASTEUROBOOKS; Latvia: PKS Subscription Agency LLC;
Bulgaria: INDEX.

The electronic version of the journal is available on lor.recipe.by, on the Scientific electronic library elibrary.ru,
in the East View database, in the electronic library system IPRbooks.

Concerning acquisition of the journal address to the editorial office in Minsk and the office in Kyiv.

The frequency of journal is 1 time in 3 months.

The price is not fixed.

Sent for the press 30.09.2020.

Circulation is 600 copies (Belarusian)

Circulation is 1 500 copies (Ukraine)

Circulation is 3 500 copies (Russian)

Order №

Format 70x100 1/16. Litho

Printed in printing house

© "Otorhinolaryngology. Eastern Europe"

Copyright is protected. Any reproduction of materials of the edition is possible only with written permission of edition with an obligatory reference to the source.

© "Professional Editions" Unitary Enterprise, 2020

© Design and decor of "Professional Editions" Unitary Enterprise, 2020

Belarus

Editor-in-Chief

Ludmila E. Makaryna-Kibak, Full Doctor, Assoc. Prof.

Scientific Editor

O. Khorov, Full Doctor, Prof.

Editorial Council:

T. Andrianova, M.D. (Minsk)
I. Belocerkovskii, M.D. (Minsk)
A. Buceł, M.D., Assoc. Prof. (Minsk)
V. Chaikovskii, M.D., Assoc. Prof. (Minsk)
V. Chekan, M.D., Assoc. Prof. (Minsk)
Yu. Eremenko, Full Doctor, Assoc. Prof. (Minsk)
M. Hreben, M.D. (Minsk)
Zh. Kolyadich, Full Doctor (Minsk)
I. Koroł, Full Doctor, Prof. (Minsk)
A. Malets, M.D. (Minsk)
V. Melnik, Full Doctor (Minsk)
E. Merkulova, Full Doctor, Prof. (Minsk)
M. Pesockaya, M.D. (Minsk)
V. Petryakov, M.D., Assoc. Prof. (Minsk)
Zh. Romanova, M.D., Assoc. Prof. (Minsk)
V. Sadovskii, M.D., Assoc. Prof. (Gomel)
A. Sakovich, Full Doctor, Assoc. Prof. (Gomel)
I. Shlyaga, M.D., Assoc. Prof. (Gomel)
P. Zatuloka, Full Doctor, Assoc. Prof. (Minsk)

Ukraine

Editor-in-Chief

Dmitry I. Zabolotnyi, Acad. NAMS of Ukraine, Full Doctor, Prof.

Editorial Council:

R. Abyzov, Full Doctor, Prof. (Kyiv)
V. Bereznyuk, Full Doctor, Prof. (Dnipro)
S. Bezshapochnyi, Full Doctor, Prof. (Odessa)
A. Gusakov, Full Doctor, Prof. (Zaporozhye)
Yu. Mitin, Full Doctor, Prof. (Kyiv)
K. Seleznev, Full Doctor, Prof. (Donetsk)
G. Timen, Full Doctor, Professor,
fellow of NAMS of Ukraine (Kyiv)

Russia

Editor-in-Chief

Nikolay A. Dayhes, Fellow of RAS, Full Doctor, Prof.

Editorial Council:

V. Averbukh, M.D.
Diab Hassan, Full Doctor
T. Garashchenko, Full Doctor, Prof.
O. Karneeva, Full Doctor, Assoc. Prof.
I. Kim, Full Doctor, Prof.
I. Nazhmudinov, M.D.
E. Osipenko, M.D., Assoc. Prof.
D. Polyakov, M.D.
V. Vinogradov, Full Doctor
A. Yunusov, Full Doctor, Prof.
O. Zaitseva, M.D.

Kazakhstan

Editor-in-Chief

Rais K. Tulebayev, Acad. NAS of Kazakhstan, Full Doctor, Prof.

Editorial Council:

T. Azhenov, Full Doctor, Prof. (Astana)
T. Burkutbayeva, Full Doctor, Prof. (Alma-Ata)
S. Dzhandayev, Full Doctor, Prof. (Astana)
O. Gazizov, Full Doctor, Prof. (Karaganda)
E. Ismagulova, Full Doctor, Prof. (Aktobe)
B. Zhusupov, Full Doctor, Prof. (Astana)

Moldova

Editor-in-Chief

Ivan I. Ababii, ASM, Full Doctor, Prof.

Editorial Council:

V. Cabac, M.D., Assoc. Prof. (Chisinau)
S. Diacova, M.D., Assoc. Prof. (Chisinau)
A. Gagauz, M.D., Assoc. Prof. (Chisinau)
M. Maniuc, Full Doctor, Prof. (Chisinau)
A. Sandul, Full Doctor, Prof. (Chisinau)

Uzbekistan

Editor-in-Chief

Shavkat E. Amonov, Full Doctor, Prof.

Editorial Council:

A. Abdukayumov, M.D., Assoc. Prof. (Tashkent)
K. Dzhabbarov, Full Doctor, Prof. (Tashkent)
A. Hakimov, Full Doctor, Prof. (Tashkent)
S. Hasanov, Full Doctor, Prof. (Tashkent)
T. Mamatova, M.D., Assoc. Prof. (Tashkent)
B. Palvanov, Full Doctor, Assoc. Prof. (Tashkent)

Editorial Board:

H. Karabaev, Full Doctor, Prof. (Tashkent, Uzbekistan)
O. Khorov, Full Doctor, Prof. (Grodno, Belarus)
S. Likhachev, Full Doctor, Prof. (Minsk, Belarus)
L. Petrova, Full Doctor, Prof. (Minsk, Belarus)
Yu. Yanov, fellow of RAMS, Full Doctor, Prof.
(St. Petersburg, Russia)

Peer-Reviewed Edition

The journal is included in the international scientific databases Ulrich's Periodicals Directory, EBSCO, RSCI.

Included in the list of scientific publications recommended by the Higher Attestation Commission of the Republic of Belarus for the publication of the results of the dissertation research. HCC board decision of 15.06.2011 (protocol № 12/2).

Included in the list of scientific publications of the Republic of Uzbekistan (the decision of medico-surgical advisory council at HCC of the Republic of Uzbekistan of 13.11.2012, protocol № 77).

Included in the list of publications recommended for publication of the main scientific results of the Committee on the Control of Education and Science of the Ministry of Education and Science of the Republic of Kazakhstan (order of the Chairman of the Committee dated July 10, 2012 №1082).

Responsibility for the accuracy of the given facts, quotes, own names and other data, and also for disclosure of the classified information authors bear. Editorial staff can publish articles as discussion, without sharing the point of view of the author.

Responsibility for the content of advertising materials and publications with the mark "On the Rights of Advertising" are advertisers.

Оригинальные исследования

Состояние постурального баланса у детей после кохлеарной имплантации
Луценко В.И., Ситуха М.И., Долиной В., Антонов Е.В. 200

Состояние системного гуморального и местного иммунитета у детей с вазомоторным ринитом
Насретдинова М.Т. 215

Лингвистическая адаптация и подтверждение применения русской версии сокращенного опросника Индекс изменения голоса – 10 (Voice Handicap Index (VHI)-10) у пациентов с дисфонией
Криштопова М.А., Осипук Е.С., Семенов С.А., Петрова Л.Г. 223

Обзоры и лекции

Современный взгляд на диагностику и лечение инвертированной папилломы полости носа и околоносовых пазух
Колядич Ж.В., Морозова Н.А. 235

Динамика заболеваемости раком гортани в Республике Беларусь в 2000–2019 гг.
Колядич Ж.В. 245

Описание клинического случая

Десмоидная фиброма полости носа и околоносовых пазух. Описание клинического случая
Хоров О.Г., Никита Е.И., Загоровская О.В., Новиков А.Г., Нечипоренко А.С. 258

Применение лекарственных средств

Опыт применения капель Унифлокс при лечении пациентов с воспалительными заболеваниями наружного и среднего уха
Будковая М.А. 268

О профилактике рекуррентных респираторных заболеваний у детей с микроаспирационным синдромом
Ильченко С.И., Фиалковская А.А., Можейко Т.В. 278

Original Researches

Postural Balance in Children after Cochlear Implantation
Lutsenko V., Situkho M., Dolinay V., Antonov Y. 200

State of Systemic Humoral and Local Immunity in Children with Vasomotor Rhinitis
Nasretdinova M. 215

Linguistic Adaptation and Validation of the Voice Handicap Index (VHI)-10 into Russian in Patients with Dysphonia
Kryshchopava M., Asipuk K., Siamionau S., Petrova L. 223

Reviews and Lectures

Contemporary Approach to Diagnosis and Treatment of Sinonasal Inverted Papilloma
Kaliadzich Zh., Marozava N. 235

Laryngeal Cancer Incidence Trends in the Republic of Belarus in 2000–2019
Kaliadzich Zh. 245

Case from Practice

Desmoid Fibromatosis of Nasal Cavity and Paranasal Sinuses. Description of the Clinical Case
Khorov O., Nikita E., Zaharouskaya V., Novikov A., Nechiporenko A. 258

Drugs Applying

The Experience of Application of the Uniflox Drops in Treatment of Patients with Inflammatory Diseases of External and Middle Ear
Budkovaya M. 268

Prevention of Recurrent Respiratory Diseases in Children with Microaspiration Syndrome
Ilchenko S., Fialkovska A., Mozheiko T. 278

Уважаемые коллеги, друзья!

Осень – уникальное время года. На фоне красоты готовящейся к зиме природы мозг учащегося человека готов штурмовать высоты новых знаний. Почти во всех европейских языках слово «школа» звучит похоже и означает «место получения знаний». Для врача понятие «школа» включает «всюду» и «всегда».

Мы были вместе в печальные дни утраты наших учителей: профессора Козлова В.С., профессора Капитанова Д.Н. и доцента Куницкого В.С., которые являлись примером профессионального мастерства, Учительства и человечности.

Сегодня международное общество оториноларингологов пополнилось молодыми амбициозными и креативными людьми, которые проявили волю и характер, представив результаты своих работ в предлагаемом вашему вниманию осеннем номере журнала «Оториноларингология. Восточная Европа».

Во времена нестандартных медицинских задач и решений пожелаем друг другу здоровья, достойных учителей, надежных друзей и радости учения.

Член редколлегии
доктор медицинских наук, профессор
Меркулова Елена Павловна



Хоров О.Г.¹, Никита Е.И.¹, Загоровская О.В.², Новиков А.Г.³, Нечипоренко А.С.⁴

¹ Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

² Щучинская центральная районная больница, Щучин, Беларусь

³ Гродненское областное клиническое патологоанатомическое бюро, Гродно, Беларусь

⁴ Гродненская университетская клиника, Гродно, Беларусь

Khorov O.¹, Nikita E.¹, Zaharouskaya V.², Novikov A.³, Nechiporenko A.⁴

¹ Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

² Schuchin Central District Hospital, Schuchin, Belarus

³ Grodno Regional Clinical Pathological Bureau, Grodno, Belarus

⁴ Grodno University Hospital, Grodno, Belarus

Десмоидная фиброма полости носа и околоносовых пазух. Описание клинического случая

Desmoid Fibromatosis of Nasal Cavity and Paranasal Sinuses.
Description of the Clinical Case

Резюме

Десмоидная фиброма (агрессивный фиброматоз) является редкой доброкачественной фибробластической опухолью, характеризующейся агрессивным локальным ростом, частым рецидивированием, отсутствием способности к метастазированию. В зависимости от локализации подразделяется на интра- и экстраабдоминальные. В числе последних десмоиды области головы и шеи составляют 7–15% (у взрослых) и крайне редко встречается в полости носа и околоносовых пазух. Единой общепринятой тактики лечения пациентов с десмоидными фибромами не разработано ввиду редкости патологии и отсутствия обобщенных ретроспективных исследований для сравнения различных вариантов лечения. На сегодняшний день используются хирургическое лечение, лучевая терапия, химиотерапия, гормонотерапия, иммунотерапия и их комбинации. Частота рецидивирования после хирургического лечения составляет 27–72%.

В данной статье нами описан случай пациентки С. с новообразованием полости носа и околоносовых пазух, ранее диагностированным как хронический полипозный синусит. Новообразование распространялось из полости носа в верхнечелюстную пазуху, решетчатый лабиринт, лобную пазуху слева и левую глазницу. После проведения хирургического лечения были получены результаты гистологического заключения: десмоидная фиброма.

Ключевые слова: десмоидная фиброма полости носа, десмоид, агрессивный фиброматоз, доброкачественная опухоль околоносовых пазух, хирургическое лечение десмоида.

Abstract

Desmoid fibromatosis (aggressive fibromatosis) is a rare benign fibroblastic tumor characterized by aggressive local growth, frequent relapse, and lack of ability to metastasize. Depending on the localization, it is divided into intra-abdominal and extra-abdominal. Among the latter, desmoids

of the head and neck region appear in 7–15% of patients (in adults), and they are extremely rare in the nasal cavity and paranasal sinuses. A single generally accepted treatment strategy for patients with desmoid fibromas has not been developed due to the rarity of the pathology and the lack of generalized retrospective studies to compare different treatment options. Nowadays, surgical treatment, radiation therapy, chemotherapy, hormone therapy, immunotherapy, and their combinations are used. The recurrence rate after surgical treatment is 27–72%. We described the case of patient S. with a neoplasm of the nasal cavity and paranasal sinuses, previously diagnosed as chronic polyposis sinusitis. The neoplasm spread from the nasal cavity to the maxillary sinus, ethmoid labyrinth, frontal sinus on the left, and left orbit. After radical surgical treatment, the results of histological study were obtained: it was desmoid fibroma.

Keywords: desmoid fibroma of the nasal cavity, desmoid, aggressive fibromatosis, benign tumor of the paranasal sinuses, surgical treatment of the desmoid.

■ ВВЕДЕНИЕ

Десмоидная фиброма (десмоид, агрессивный фиброматоз, высокодифференцированная фибросаркома десмоидного типа) – мезенхимальная опухоль мягких тканей, состоящая из дифференцированных фибробластов и избыточного количества коллагеновых волокон. Десмоид – крайне редкая патология соединительной ткани, частота которой составляет 2–4 случая на 1 миллион человек в год и не более 0,01–0,03% среди всех опухолей мягких тканей [2].

Впервые необычную опухоль мягких тканей передней брюшной стенки, возникающую у женщин в послеродовом периоде, которая сейчас носит название десмоид, описал в 1832 г. английский хирург Макфарлейн (J. McFarlane). Само слово «десмоид» происходит от греческого слова «desmos» – связка, поскольку на разрезе узлы выглядели слоистыми, имели белый цвет и напоминали сухожилия.

Согласно классификации опухолей мягких тканей и костей (ВОЗ, 2007) десмоидная фиброма отнесена к фибробластическим опухолям и по своей клинко-морфологической структуре является пограничной опухолью, так как занимает промежуточное положение между доброкачественными и злокачественными новообразованиями. Десмоидная фиброма – опухоль, которая не метастазирует, однако склонна к агрессивному инвазивному локальному росту и частому рецидивированию, при этом опухоли могут достигать огромных размеров и при ряде локализаций приводят к летальному исходу. Активная инвазия агрессивного фиброматоза приводит к высокому потенциалу рецидивирования этой опухоли, частота которого иногда достигает 40–90% при хирургическом лечении [9].

В зависимости от локализации десмоиды подразделяются на абдоминальные, располагающиеся на передней брюшной стенке, интраабдоминальные – опухоли забрюшинного пространства, экстраабдоминальные – опухоли области туловища и конечностей и мультифокальные – множественные опухоли различной локализации. Десмоиды в области головы и шеи встречаются в 7–15% (25–33% у детей) [5], однако в полости носа и ОНП эта опухоль встречается крайне редко [6].

В 1995 г. Douglas и соавт. было проведено ретроспективное исследование 25 случаев десмоидной фибромы полости носа, ОНП и носоглотки [7]. Ими получены следующие результаты: верхнечелюстные пазухи были поражены чаще всего – 22 пациента, полость носа – 5 пациентов, решетчатый лабиринт – 4, орбита – 4, основная пазуха – 2, фронтальная пазуха – 2, носоглотка – 1.

Десмоидные фибромы встречаются у представителей обоих полов, но чаще у женщин. Соотношение, по разным источникам, от 8:1 до 2:1 [3], в возрасте 15–60 лет, пик заболеваемости – 35–40 лет [4], однако может встречаться в любом возрасте.

Основными методами визуализации десмоида являются ультразвуковое исследование, магнитно-резонансная томография (МРТ) и мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с контрастированием. Критерием ультразвуковой диагностики является наличие образования смешанной эхогенности с относительно четко очерченными контурами и фиброзными тяжами; критерием МСКТ с контрастным усилением – накопление контрастного вещества происходит в отсроченную фазу исследования (7–9-я минута); критериями МРТ – сигнал низкой интенсивности, как у мышцы, на T1-ВИ, различный сигнал на T2-ВИ. Однако в ряде случаев отсутствуют отличительные критерии от других солидных масс.

В происхождении опухоли, возможно, играют роль генетические, гормональные и физические факторы, в частности травма [8]. Роль генетических факторов подкрепляется сочетанием десмоида с семейным аденоматозом толстой кишки, который наследуется по аутосомно-доминантному типу и передается по наследству. Гормональная теория патогенеза основана на многолетних клинических наблюдениях, в частности повышенной заболеваемости агрессивным фиброматозом среди лиц женского пола и зависимость от их гормонального статуса. Так, скорость роста опухоли у женщин репродуктивного возраста в 2 раза выше, чем у мужчин, и в 4 раза выше, чем у женщин пременопаузального периода, и резкое снижение темпов роста опухоли у женщин в постменопаузе, что может быть связано с активностью эстрогенов. На сегодняшний день важным этиологическим фактором признаются наследственные патологические изменения соединительной ткани на фоне гиперэстрогемии. Нередко пациенты отмечают в анамнезе факт наличия травмы в месте формирования десмоида.

Лечение пациентов с десмоидными фибромами до сих пор дискутируется, поскольку это редкая патология соединительной ткани и нет достоверных данных о точном этиопатогенезе опухоли, а также отсутствуют данные об обобщенных ретроспективных исследованиях для сравнения различных вариантов лечения. Для лечения используются хирургический метод, лучевая терапия, химиотерапия, гормональная терапия и их комбинации, нестероидные противовоспалительные средства, иммунотерапия и ряд других методов. Большой прогресс в консервативном лечении десмоида связан с открытием гормональной природы этих опухолей. При любой локализации десмоида радикальным методом лечения является широкое иссечение опухоли в пределах здоровых тканей. Даже расширенные операции не всегда позволяют избежать рецидива. При повторных операциях длительность безрецидивного периода сокращается, несмотря на выполнение обширных

вмешательств. Хотя делаются попытки использовать лучевую и химиотерапию в комбинации с операцией, но эффективность такого лечения еще не доказана [1].

В связи с этим постоянно ведутся поиски новых схем лечения агрессивного фиброматоза и в настоящее время общепринятый алгоритм отсутствует.

Актуальность изучения десмоидной фибромы обусловлена в первую очередь молодым возрастом пациентов. Агрессивный локальный рост и частое рецидивирование для этих людей становится причиной необратимой утраты трудоспособности, социальной дезадаптации пациентов и снижением качества жизни в результате нарастания болевого синдрома из-за увеличения размеров опухоли, повторных оперативных вмешательств, нарушения функции пораженных конечностей с развитием выраженных косметических дефектов. Ввиду достаточно низкой частоты развития десмоидных опухолей в популяции, крайне редкой локализацией опухоли в полости носа, отсутствием информации о подобной патологии в литературных источниках Республики Беларусь приводим наше наблюдение десмоида полости носа.

Цель настоящей публикации в представлении клинического случая редкой локализации десмоидной опухоли.

■ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка С., 43 года, поступила в оториноларингологическое отделение для взрослых Гродненской университетской клиники 2 февраля 2020 г. с жалобами на затруднение носового дыхания в течение 4 лет, смещение левого глазного яблока в течение года.

Из анамнеза заболевания известно, что с 31 марта 2016 г. пациентка лечилась амбулаторно по поводу обострения хронического левостороннего полипозно-гнойного гемисинусита. Амбулаторно по месту жительства была выполнена пункция левой верхнечелюстной пазухи, получен гной. В течение 5 дней лечилась консервативно, без выраженной положительной динамики. С 04.04.2016 г. по 15.04.2016 г. пациентка находилась на стационарном лечении по месту жительства с жалобами на гнойный насморк, головную боль. При лор-осмотре – слизистая полости носа синюшная, левая половина носа obturirrovana слизистыми полипами, носовое дыхание затруднено, носоглотка свободна. 04.04.2016 г. выполнена левосторонняя полипозтмоидэктомия. Гистологическое описание послеоперационного препарата № 1977 от 07.04.2017, микроскопическое заключение: фрагменты некротизированной ткани, резко выраженное гнойное воспаление. При выписке при контрольном осмотре полипозная ткань не определяется, в левой половине носа геморрагические корки. Пациентка выписана с рекомендациями (Fluticasone propionati nasal sprej 50 мкг/доза по 1 впрыскиванию в каждую половину носа 2 р/д, ринолюкс в нос 6 р/д).

Из анамнеза известно, что 15 мая 2018 г. пациентке была выполнена компьютерная томография лицевого черепа. По данным КТ-исследования (рис. 1) лобная пазуха тотально заполнена содержимым плотностью 21–44 ед. (стрелка 1) с распространением на передние ячейки решетчатой кости (стрелка 2) с разрушением их перегородок, деструкцией медиальной стенки орбиты и распространением

тканевого компонента в полость глазницы на 16 мм (стрелка 3), приводя к дислокации левого глазного яблока кпереди и латерально – экзофтальм (стрелка 4). Левая верхнечелюстная пазуха субтотально заполнена содержимым плотностью от 8 до 52 ед. (стрелка 5), верхний и средний носовые ходы obturированы аналогичным компонентом. Заключение: признаки тканевого новообразования лобной пазухи с распространением в решетчатый лабиринт, левую глазницу, верхнечелюстную пазуху слева и полость носа с деструкцией стенок вышеуказанных костных структур.

От предложенного хирургического лечения пациентка отказалась.

С 30.11.2019 г. по 19.12.2019 г. повторно находилась на стационарном лечении в хирургическом отделении по месту жительства. Состояние и жалобы при поступлении на головную боль, заложенность носа, левосторонний экзофтальм, данные жалобы около 1 года. При лор-осмотре слизистая полости носа синюшная, в левой половине носа слизистые полипы, носовое дыхание слева затруднено, носоглотка свободна. Левосторонний экзофтальм. 2 декабря 2019 г. выполнена КТ ОНП. Заключение: при сравнении с компьютерно-томографическим исследованием от 15.05.2018 г. без существенной динамики. Пациентка осмотрена офтальмологом: острота зрения правого глаза – 0,6, левого – 0,6. Левое глазное яблоко смещено книзу-кпереди, при пальпации не вправляется, движения левого глазного яблока умеренно ограничены кверху, конъюнктивы слева – умеренный хемоз, бледно-розовая, отделяемого нет, легкая инъекция сосудов конъюнктивы, роговица прозрачная. Правое глазное яблоко – не смещено, движение не ограничено, конъюнктивы бледно-розовая, отделяемого нет, роговица – прозрачная. Зрачки симметричные, реакция зрачков на свет живая, содружественная, соотношение сосудов артерия – вена – 1:2. Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розовые, границы четкие. Выставлен диагноз H52.2 – астигматизм сложный гиперметропический обоих глаз. H05.2 – экзофтальм слева со смещением глазного яблока книзу-кнаружи. 12 декабря 2019 г. была выполнена биопсия образования полости носа слева. Гистологическое заключение № 4374 от 17.12.19 г.: мелкие фрагменты фиброзно-сосудистой и железистой ткани, вероятно, фрагмент инвертированной папилломы. Выставлен диагноз D38.5 – новообразование неопределенного характера лобной пазухи и решетчатого лабиринта с распространением в левую орбиту. Левосторонний экзофтальм. Хронический полипозный гайморит/эмоидит. Пациентка направлена на плановую госпитализацию в УЗ «Гродненская университетская клиника».

При поступлении в наш стационар при передней риноскопии установлено, что в полости носа слева имеется полипозная ткань, которая полностью заполняет носовую полость, закрывает и оттесняет носовые структуры, которые не поддаются осмотру из-за имеющегося образования, и перекрывает просвет носового хода. При задней риноскопии носоглотка свободна. При наружном осмотре установлен экзофтальм со смещением книзу, кнаружи левого глаза. Учитывая данные осмотра полости носа, данные компьютерной томографии лицевого черепа и гистологического исследования образования полости носа слева, выставлен диагноз: D38.5 – новообразование неопределенного характера

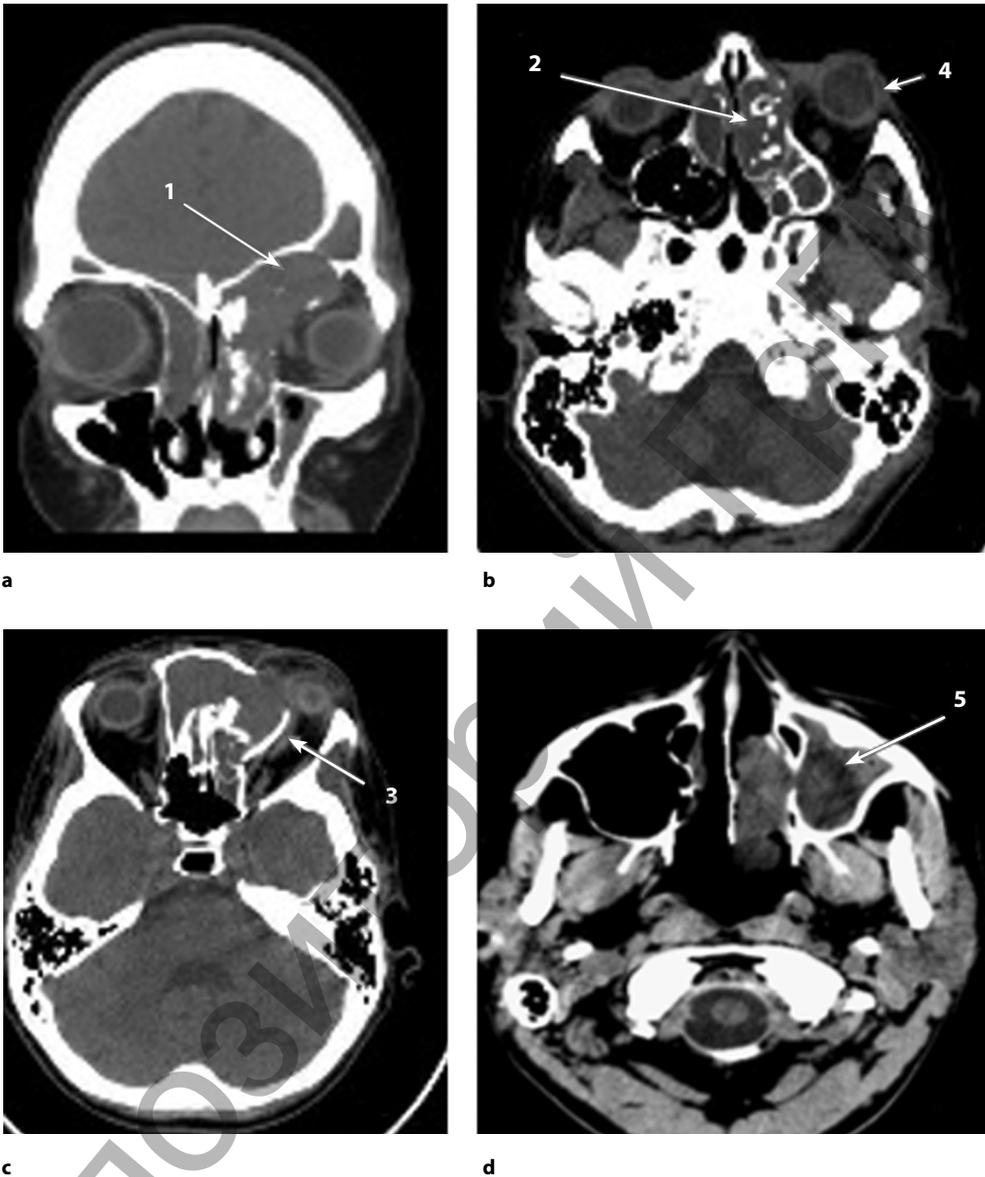


Рис. 1. КТ лицевого черепа пациентки С. от 15.05.2018 г. (а – корональная плоскость, b–d – аксиальная плоскость): стрелка 1 – тотальное заполнение левой лобной пазухи тканевым компонентом; стрелка 2 – заполнение тканевым компонентом передних ячеек решетчатой кости с разрушением перегородок; стрелка 3 – деструкция медиальной стенки орбиты, распространение тканевого компонента в полость левой глазницы; стрелка 4 – дислокация левого глазного яблока кпереди и латерально – экзофтальм; стрелка 5 – тотальное заполнение тканевым компонентом левой верхнечелюстной пазухи

Fig. 1. CT of the facial skull of patient S. of 15.05.2018 (a – coronal plane, b–d – axial plane): arrow 1 – total filling of the left frontal sinus with a tissue component, arrow 2 – filling of the anterior ethmoid bone cells with the tissue component with destruction of the septa, arrow 3 – destruction of the medial wall of the orbit, spread of the tissue component into the cavity of the left orbit, arrow 4 – dislocation of the left eyeball anteriorly and laterally – exophthalmos, arrow 5 – total filling of the left maxillary sinus with tissue component

лобной пазухи и решетчатого лабиринта с распространением в левую орбиту. Левосторонний экзофтальм.

3 февраля 2020 г. выполнено хирургическое вмешательство. Под интубационным наркозом произведен разрез кожи, мягких тканей по левой брови с переходом на боковую стенку носа до верхней губы. Обнажена передняя стенка левой лобной пазухи. Определяется разрушение орбитальной стенки лобной пазухи, а также дефект в направлении решетчатого лабиринта. Из области костных дефектов пролабирует по виду полипозная ткань и поступает большое количество гнойного отделяемого. Патологической тканью заполнены обе лобные пазухи, решетчатый лабиринт слева и левая орбита со смещением глазного яблока и вовлечением в патологический процесс мышц левой орбиты. При удалении ткани отмечается кровотечение, остановленное с использованием биполярной коагуляции. С использованием эндоскопов произведена ревизия лобных пазух. Установлено, что задняя костная стенка пазух не изменена. Патологически измененные ткани представляют собой по виду полипозную ткань, но с зернистой структурой на отдельных участках. Плохо дифференцировались ткани, проникшие из решетчатого лабиринта в орбиту. Однако удалость с использованием оптики удалить патологический материал, не повредив мышечный аппарат глазного яблока. Левая лобная пазуха, а через нее и правая ввиду отсутствия межпазушной перегородки дренированы силиконовой дренажной трубкой. Она помещена в область формируемого соустья с полостью носа. Наружная рана послойно ушита. Под контролем эндоскопа произведено удаление крючковидного отростка слева, расширено естественное соустье верхнечелюстной пазухи. При осмотре в полости пазухи – густая слизь, полипозная ткань. Все патологически измененные ткани удалены из полости пазухи. Выполнена передняя тампонада носа. Послеоперационный период протекал без особенностей.

Гистологическое послеоперационное заключение № 6251 от 14.02.2020: фрагменты полипозно-измененной слизистой с воспалительной инфильтрацией и фиброзно-сосудистой ткани, что с учетом клинических данных (инфильтративный рост) и пролиферации соединительнотканых клеток можно трактовать как фиброматоз десмоидного типа (рис. 2).

Послеоперационный период протекал без осложнений. Осуществлялись перевязки наружной раны ежедневно. Из дренажной трубки аспирировалось вначале кровянистое отделяемое, с третьего дня – скудное слизистое отделяемое. Пациентка получала атропин, цефтриаксон, офлоксацин, димедрол, кеторол, омепразол, глюконат кальция, фраксипарин.

17 февраля 2020 года пациентка выписана из стационара.

Послеоперационная рана зажила первичным натяжением, экзофтальм левого глаза несколько уменьшился, подвижность глазного яблока сохранена.

Слева в полости носа отечная слизистая оболочка, небольшое количество слизистого отделяемого. Обозрим носовой конец силиконового дренажа, через который отделяемое не поступает. Даны рекомендации по дальнейшему наблюдению пациентки лор-врачом и офтальмологом

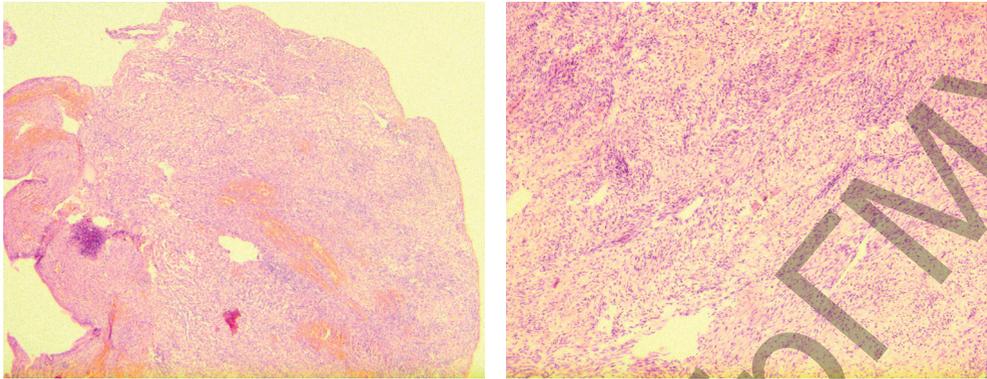


Рис. 2. Микропрепарат: фрагменты полипозно-измененной слизистой с воспалительной инфильтрацией и фибро-сосудистой ткани с пролиферацией соединительнотканых клеток

Fig. 2. Micropreparation: fragments of polyposis-altered mucosa with inflammatory infiltration and fibro-vascular tissue with proliferation of connective tissue cells

по месту жительства. Рекомендован повторный осмотр и РКТ лицевого черепа в Гродненской университетской клинике через 2 месяца.

При повторном осмотре в мае 2020 г. пациентка не имеет жалоб на затруднение носового дыхания, отмечает улучшение зрения. При осмотре имеется послеоперационный рубец в области носа и левой брови, слизистая полости носа розовая, левая половина носа широкая, имеются небольшие слизистые полипы в верхних отделах носа, носовое дыхание свободное, носоглотка свободна.

Осмотрена врачом-офтальмологом. Жалоб нет, острота зрения справа – 0,8, слева – 0,6–0,7. В окологлазничной области слева рубец с носовой стороны, инфильтрации нет, глазное яблоко слева смещено книзу-кпереди незначительно, движения левого глазного яблока практически не ограничены, двоения не отмечает, правое глазное яблоко подвижное, не смещено. Конъюнктив обоих глаз бледно-розовая, отделяемого нет, роговица прозрачная, зрачки симметричные, реакция зрачков на свет живая, глазное дно: диски зрительных нервов чуть бледноватые, границы четкие. Диагноз: H52.2 – астигматизм сложный гиперметропический ОИ. H05.2 – экзофтальм слева со смещением глазного яблока книзу-кнаружи, состояние после оперативного лечения 03.02.2020 (основной). H47.2 – нисходящая атрофия зрительного нерва обоих глаз.

По данным КТ-исследования от 29.05.2020 г. (рис. 3) лобная пазуха свободна, стенки без деструкции (стрелка 1), в передних ячейках решетчатого лабиринта слева тканевой компонент с частичной оссификацией (стрелка 2), отсутствует крючковидный отросток слева, расширено естественное соустье верхнечелюстной пазухи (стрелка 3), положение левого глазного яблока удовлетворительное, левая верхнечелюстная пазуха свободна (стрелка 4).

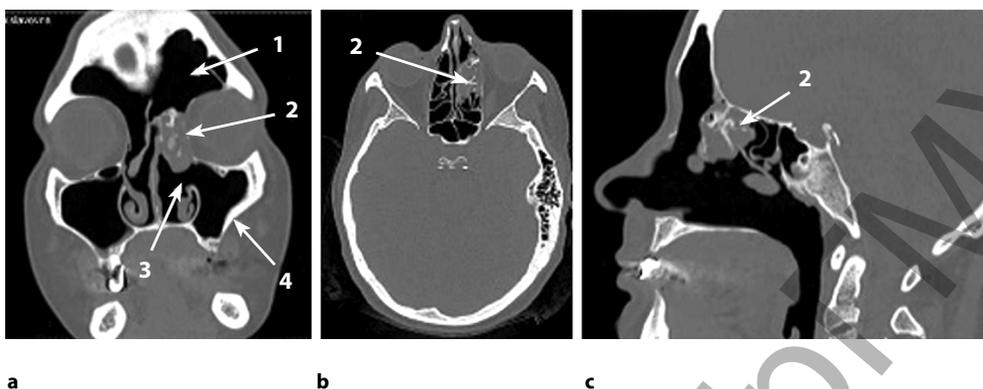


Рис. 3. КТ лицевого черепа пациентки С. от 29.05.2020 г. (а – корональная плоскость, б – аксиальная плоскость, с – сагиттальная плоскость): стрелка 1 – пневматизированная левая лобная пазуха; стрелка 2 – тканевый компонент в передних ячейках решетчатого лабиринта слева; стрелка 3 – отсутствие крючковидного отростка слева, расширенное естественное соустье верхнечелюстной пазухи; стрелка 4 – пневматизированная левая верхнечелюстная пазуха

Fig. 3. CT of the facial skull of patient S. of 29.05.2020 (a – coronal plane, b – axial plane, c – sagittal plane): arrow 1 – pneumatic left frontal sinus; arrow 2 – the tissue component in the anterior cells of the ethmoid labyrinth on the left; arrow 3 – the absence of the uncinat process on the left, the expanded natural anastomosis of the maxillary sinus; arrow 4 – pneumatic left maxillary sinus

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Десмоид за счет местнодеструктирующего агрессивного роста может поражать рядом расположенные анатомические структуры и органы, в нашем случае десмоид полости носа и околоносовых пазух, по своей локализации вблизи важных анатомических структур, таких как глазница, передняя черепная ямка и основание черепа, является крайне опасным для здоровья и жизни пациента. Клинические и рентгенологические данное образование изначально рассматривалось как доброкачественный процесс, однако только гистологическое исследование дало возможность поставить точный диагноз.

Основным препятствием на пути решения этой проблемы является сравнительная редкость опухоли в популяции, ограничивающая возможности для проведения исследований, соответствующих требованиям доказательной медицины.

По данным литературы, не исключается риск рецидива, причем он наблюдается в 40–90% случаев после хирургического лечения. Данные анализа литературы показывают, что оптимальной схемы лечения нет. Сомнительна эффективность химиотерапии или лучевого воздействия на патологическую ткань. Общая антибактериальная терапия и противовоспалительные препараты в данном случае не показаны. Мы предположили, что развитие данного процесса не обладает явным агрессивным течением. Подтверждением тому является отсутствие динамики или других изменений в периоде сроком 1 год между предоперационными КТ-исследованиями у пациентки. Поэтому было решено проводить послеоперационное наблюдение в динамике с использованием КТ-контроля и эндоскопии полости носа.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Описанный клинический случай представляет интерес тем, что десмоидная фиброма полости носа и околоносовых пазух является крайне редкой опухолью лор-органов. Подобное заболевание встретилось впервые в практике оториноларингологического отделения Гродненской областной клинической больницы / Университетской клинике. Мы не нашли указаний в литературе на описание подобного случая из других медицинских учреждений Республики Беларусь.

Десмоидная фиброма поражает в основном молодых лиц, большинство из которых составляют женщины. У женщин агрессивный фиброматоз развивается, как правило, в репродуктивном возрасте, пик заболеваемости приходится на интервал 25–35 лет. У пациентов мужского пола десмоид наиболее часто возникает в детском и препубертатном возрасте, затем заболеваемость резко снижается и остается практически неизменной на протяжении всей жизни.

Таким образом, актуальность изучения десмоидной фибромы обусловлена сочетанием трех основных факторов: тяжестью клинического течения, высокой частотой прогрессирования после оперативного лечения и молодым возрастом пациентов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

■ ЛИТЕРАТУРА

1. Davydov M.I., Machaladze Z.O., Polotskiy B.Ye., Karseladze A.J., Savolov N.A. (2008) Mezenkhimal'nyye opukholi sredosteniya. Obzor literatury [Mesenchymal tumors of the mediastinum. Literature review]. *Sibirskiy onkologicheskiy zhurnal*, no 1, pp. 64–74.
2. Reitamo J.J., Hayry P., Nykyri E., Saxen E. (1982) The desmoid tumor. Incidence, sex, age, anatomical distribution in the Finnish population. *Am J Clin Pathol*, vol. 77 (6), pp. 665–673.
3. Tkachev S.I., Aliyev M.D., Glebovskaya V.V. (2004) Konservativnoye lecheniye bol'nykh agressivnym fibromatozom [Conservative treatment of patients with aggressive fibromatosis]. *Vestnik RONTs im. N.N. Blokhina RAMN*, no 63, pp. 355–356.
4. Penel N., Coindre J.M., Bonvalot S., Italiano A., Neuville A., Le Cesne A., Terrier P., Ray-Coquard I., Ranchere-Vincent D., Robin Y.M. (2016) Management of desmoid tumours: A nationwide survey of labelled reference centre networks in France. *Eur J Cancer*, vol. 58, pp. 90–96.
5. Barnes L. (1985) *Surgical pathology of the head and neck*. New York: Dekker, pp. 769–77
6. Sharma A., Ngan B.Y., Sandor G., Campisi P., Forte V. (2008) Pediatric aggressive fibromatosis of the head and neck: a 20-year retrospective review. *J Pediatr Surg.*, vol. 43(9), pp. 1596–1604.
7. Gnepp Douglas R., Henley J., Weiss S., Heffner D. (1996) Desmoid fibromatosis of the sinonasal tract and nasopharynx: A clinicopathologic study of 25 cases. *J Cancer*, p. 78.
8. Teixeira L.E., Arantes E.C., Villela R.F., Soares C.B., Costa R.B., Andrade M.A. (2016) Extra-abdominal desmoid tumor: Tocal recurrence and treatment options. *Acta Ortop Bras* 24, pp. 147–150.
9. Higaki S., Tateishi A., Ohno T. (1995) Surgical treatment of extraabdominal desmoid tumors (aggressive fibromatosis). *Int. Orthop.*, vol. 19(6), pp. 383–389.

Поступила/Received: 01.09.2020
Контакты/Contacts: khorov@mail.ru