



УДК: 616.284-002.258-06

**ФИСТУЛА ЛАБИРИНТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ
ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ****Н. В. Бойко¹, В. Н. Колесников²****LABYRINTHINE FISTULA IN CHRONIC OTITIS MEDIA****N. V. Boiko¹, V. N. Kolesnikov²**¹ ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»

(Зав. каф. оториноларингологии – засл. врач РФ, проф. А. Г. Волков)

² Областной консультативно-диагностический центр, г. Ростов-на-Дону

(Главный врач – канд. мед. наук Д. В. Бурцев)

Фистула лабиринта (ФЛ) – относительно редкое осложнение хронического гнойного среднего отита. Нарушения вестибулярной и слуховой функции при ФЛ не имеют специфических характеристик, присущих только данному заболеванию. Взгляды на стратегию и тактику лечения ФЛ противоречивы. В данной статье приведен обзор литературы, посвященной дискуссионным вопросам диагностики и хирургического лечения фистулы лабиринта.

Ключевые слова: фистула лабиринта, холестеатома, хронический гнойный средний отит.

Библиография: 39 источников.

Labyrinthine fistula (LF) is a relatively rare complication in chronic otitis media. Vestibular and auditory dysfunctions in LF do not possess any characteristics peculiar to this disease only. Views on the LF treatment strategy and tactics are often controversial. The article contains a review of literature on the debated questions of labyrinthine fistula diagnostics and treatment.

Key words: labyrinthine fistula, cholesteatoma, chronic otitis media.

Bibliography: 39 sources.

Фистула лабиринта (ФЛ) – относительно редкое осложнение хронического гнойного среднего отита (ХГСО) (табл.). Чаще всего (в 75–94% случаев) фистула формируется в стенке латерального полукружного канала в связи с особенностями его расположения; возможно ее образование и в других отделах лабиринта (задний и верхний полукружные каналы, область преддверия, основание стремечка), в 5,9–23% случаев обнаруживаются множественные фистулы [2, 11, 17, 19].

Как правило, фистулы встречаются при холестеатомном ХГСО, однако описаны случаи их выявления и при отсутствии холестеатомы [4, 9, 31].

Диагностика ФЛ на дооперационном этапе представляет определенные трудности, с одной стороны, в связи с возможностью длительного бессимптомного течения заболевания у 33–57% больных [5], с другой стороны, вследствие отсутствия универсальных диагностических критериев.

Наиболее надежный и специфичный клинический признак ФЛ – появление кратковременного головокружения при повышении давления в наружном слуховом проходе или манипуляциях в ухе. Головокружение сопровождается тошнотой, нистагмом в сторону пораженного уха, отклонением головы и (или) туловища в противоположную нистагму сторону. Положительная прессорная проба выявляется от 21,7 до 83,9% случаев [2, 16, 12]. Большой разброс статистических данных можно объяснить разными типами и размерами фистул, вошедших в выборку. Ложноотрицательная прессорная проба может быть обусловлена значительным количеством



Частота обнаружения фистул лабиринта у больных с хроническим гнойным средним отитом, осложненным холестеатомой

Авторы	Количество больных	Количество фистул	Период наблюдения, годы; лет
Moon I. S. et al., 2011 [32]	778	38 (4,9%)	1991–2007; 16 лет
Ghiasi S., 2011 [11]	108	16 (14,8%)	2003–2008; 5 лет
Stephenson M. F., Saliba I., 2011 [28]	317	28 (8,8%)	2004–2009; 5 лет
Sari M. et al., 2010 [17]	582	33 (5,7%)	1988–2007; 19 лет
Yamamoto N. et al., 2010 [19]	196	22 (11,2%)	2001–2009; 8 лет
Ueda Y. et al., 2009 [34]	516	31 (6%)	1995–2005; 10 лет
Quaranta N. et al., 2009 [33]	361	46 (12,7%)	2001–2007; 6 лет
Mustafa A. et al., 2008 [6]	1803	180 (10,0%)	1994–2004; 10 лет
Jia M., Qin Z., 2005 [12]	350	23 (6,6%)	–; –
Portier F. et al., 2005 [28]	382	22 (5,8%)	–; 14 лет
Zhang T. et al., 2005 [36]	1068	89 (8,3%)	–; –
Kvestad E. et al., 2001 [16]	631	20 (3,2%)	1986–1999; 14 лет

холестеатомных масс, препятствующих передаче повышенного давления на лабиринт, малыми размерами фистулы, расположением ее в области верхнего и заднего полукружных каналов, гибелью рецепторов лабиринта. Имеет значение и давность заболевания. На начальных стадиях лабиринт отделен от полостей среднего уха тонкой костной пластинкой. Предполагается, что вестибулярные симптомы, характерные для ФЛ, не появляются до тех пор, пока костная стенка канала полностью не разрушится и не произойдет соприкосновения матрикса холестеатомы с эндостом [21].

Спонтанное головокружение встречается у больных с ФЛ в 50–92,4% случаев [2, 16, 17]. Головокружение чаще всего появляется в стадии обострения ХГСО, оно может быть постоянным или интермиттирующим, возникает при резких поворотах и наклонах головы, сопровождается спонтанным нистагмом в 10% случаев [16].

Изменения слуховой функции неспецифичны, но сочетание отореи, повышения порогов слуха по костной проводимости и головокружения должно навести клинициста на мысль о возможности наличия ФЛ [7].

Таким образом, нарушения вестибулярной и слуховой функции при ФЛ не имеют специфических характеристик, присущих только данному заболеванию, их проявления зависят от множества факторов (локализация, тип и размеры фистулы, длительность ее существования, сохранность рецепторов лабиринта). В связи с этим отоларинголог должен предполагать вероятность наличия ФЛ у каждого больного ХГСО [16].

Новые возможности в диагностике ФЛ появились с развитием современных лучевых методов исследования [1]. Для идентификации деструктивных изменений в костной стенке лабиринта необходимо использовать компьютерную томографию (КТ) с соответствующими задачам техническими характеристиками (разрешающая способность, толщина среза, шаг). Пошаговая КТ позволяла выявить ФЛ не более чем в 64% случаев [16, 36]. T. Zhang et al. [36] сообщает об обнаружении 51 из 80 хирургически подтвержденных ФЛ, подчеркивая большую информативность коронарной КТ по сравнению с аксиальной. При использовании СКТ высокого разрешения чувствительность метода повышается до 86–100% [2, 19, 28].

Представляет интерес экспериментальное исследование J. L. Bensimon et al. [8], проведенное на височных костях для изучения чувствительности КТ и виртуальной эндоскопии при обнаружении ФЛ. Фистулы лабиринта накладывали в области трех полукружных каналов и



преддверия с помощью калиброванных боров диаметрами 0,3, 0,5 и 0,8 мм. КТ с толщиной среза 1 мм производили до и после диссекции. 3D-реконструкцию осуществляли в различных режимах. Виртуальный эндоскоп помещали в среднее ухо перед лабиринтной стенкой барабанной полости. Исследование показало, что стандартная КТ не может визуализировать фистулы менее 0,5 мм, в то время как с помощью виртуальной эндоскопии можно обнаружить фистулы диаметром 0,3 мм и менее.

Целью лечения ФЛ являются снижение риска развития выраженной сенсоневральной тугоухости, наблюдаемой в 3–35% случаев [7], ликвидация приступов головокружения и предупреждение внутричерепных осложнений.

Несмотря на значительные успехи в развитии отохирургических технологий, взгляды на стратегию и тактику лечения ФЛ не лишены противоречий [7, 31, 35]. Основными критериями выбора хирургического подхода являются локализация и размер фистулы, пороги слуха пораженного и контрлатерального уха, состояние вестибулярной функции, характер операционных находок, распространенность холестеатомы, опыт и возможности хирурга [5, 7, 10].

Среди дискутируемых вопросов наиболее важными являются выбор типа операции, тактика по отношению к матриксу холестеатомы, покрывающему фистулу, способы пластического закрытия фистулы.

При выборе хирургического подхода большинство авторов [11, 15, 17, 29, 34, 36] отдают предпочтение операциям по открытому типу, позволяющим получить хороший обзор операционного поля и обеспечить адекватный послеоперационный уход. Необходимость хорошего обзора обусловлена тем, что ФЛ часто сочетается с другими осложнениями ХГСО. Так, G. Magliulo et al. [18], ретроспективно проанализировав результаты хирургического лечения 336 больных с ХГСО, подчеркивают, что при наличии ФЛ значительно возрастает риск разрушения стенки канала лицевого нерва. Аналогичные данные приводят M. Jia, Z. Qin [12], N. Quaranta et al. [33], отметившие достоверное увеличение случаев разрушения стенки канала лицевого нерва и суперструктуры стремянки у больных с ФЛ.

Вместе с тем многие отохирурги применяют закрытый тип операции при ФЛ. Так, F. Portier et al. [29] сообщают о 22 больных с ФЛ, из которых у 77% выполнена операция по открытому типу, а у 23% – по закрытому.

Удаление матрикса холестеатомы – один из самых опасных этапов операции ввиду возможности образования перилимфатической фистулы, гидродинамического удара при отсасывании перилимфы, присоединения гнойного лабиринтита с последующей гибелью рецепторов лабиринта. В зависимости от подхода возможны три варианта: полное одноэтапное удаление матрикса, оставление матрикса, покрывающего фистулу при открытом типе операции, и удаление матрикса во время планового второго этапа операции. В последнее время все больше авторов склоняются к первому варианту хирургической тактики [5, 7, 10, 14, 27], поскольку сохранение матрикса таит в себе угрозу дальнейшего прогрессирования заболевания с развитием гнойного лабиринтита и отсроченной сенсоневральной тугоухости [20, 26, 27]. Коллагенная активность холестеатомы, персистирующее воспаление и давление могут быть причинами продолжающегося эрозирования костной стенки лабиринта [27]. Однако в ряде случаев матрикс холестеатомы может быть оставлен: при наличии плотных спаек матрикса со стенкой перепончатого лабиринта, при операции на единственно слышащем ухе, при расположении фистулы в области улитки или преддверия, при очень больших размерах фистулы [9, 20, 27, 33].

По-прежнему дискуссионным остается вопрос закрытия ФЛ. Чаще всего отохирурги используют многослойную пластику фистулы. Основу пластического материала, как правило, составляют соединительная ткань (височная фасция, надкостница, надхрящница козелка) [7, 17, 19, 29, 31], а также фрагменты кости [19, 30].

Д. И. Тарасов и соавт. [3] предлагают выбирать материал для пластики ФЛ в зависимости от приоритетной задачи: при необходимости улучшить слух следует отдать предпочтение мягкотканому материалу, при большой фистуле с выраженными вестибулярными нарушениями целесообразно закрыть ФЛ фасцией, надхрящницей или веной, а сверху – хрящевой или костной тканью. Аналогичного мнения придерживается Y. Lu et al. [30], сообщающие о дифференцированном подходе к выбору пластического материала: ФЛ размером менее 2 мм авторы



закрывали фасцией, ФЛ от 2 до 3 мм – костными «чипсами» и фасцией, при фистулах более 3 мм – трехслойным трансплантатом, состоящим из фасции, хряща и фасции.

Альтернативой пластическому закрытию фистулы являются окклюзия полукружного канала [35] и парциальная лабиринтэктомия [25].

Окклюзия полукружных каналов была предложена L. S. Parnes в 1976 г. (цитируется по Z. Chen et al. [35]). В эксперименте на животных и на клиническом материале было доказано, что вскрытие лабиринта с его последующей окклюзией не приводит к ухудшению слуховой функции [13, 22–24]. Данный способ успешно применяется для лечения доброкачественного пароксизмального головокружения [23, 24], а также болезни Меньера [38].

Z. Chen et al. [35] выполнили окклюзию полукружных каналов у 22 больных с ФЛ в целях уменьшения риска развития послеоперационной сенсоневральной тугоухости при одномоментном тотальном удалении матрикса холестеатомы. После обнаружения фистулы авторы производили окаймляющий разрез матрикса холестеатомы вокруг фистулы. Этот участок матрикса сохраняли на протяжении всей операции. После завершения работы бором, во время которой костную рану активно орошали физиологическим раствором, удаляли матрикс, покрывающий фистулу, и немедленно пломбировали канал мышечным лоскутом. Авторы указывают на следующие преимущества описанного метода. Во-первых, закрытие ФЛ соединительнотканью лоскутом почти неизбежно требует проведения операции по открытому типу, в то время как окклюзия канала позволяет сохранить задне-верхнюю стенку наружного слухового прохода при соответствующих локализации и размерах фистулы. Во-вторых, окклюзия канала устраняет риск смешивания эндолимфы и перилимфы при наличии перилимфатической фистулы или врастания холестеатомы в лабиринт.

На основе экспериментальных и клинических исследований по окклюзии лабиринта D. Vanden Abeele, F. E. Offeciers [39] и T. Kobayashi et al. [37] предложили более радикальное вмешательство – парциальную лабиринтэктомию, т. е., удаление пораженного полукружного канала вместе с матриксом холестеатомы. Рациональное зерно этого способа состоит в полном удалении очага инфекции, который в будущем мог бы вызвать потерю слуха. Парциальную лабиринтэктомию выполняют на завершающем этапе операции. Перепончатый лабиринт вместе с матриксом иссекают с помощью серповидного ножа, после чего канал немедленно пломбируют костным воском, а сверху – костным клеем и височной фасцией. При правильно выполненном вмешательстве преддверие лабиринта остается анатомически и функционально полноценным, а отверстия полукружных каналов – запломбированными.

G. Magliulo et al. [25] использовали этот вариант хирургического лечения у 14 больных с ФЛ за период с 1996–2006 г., у большинства из которых (9 человек) удалось сохранить слух на дооперационном уровне, на протяжении 3 лет наблюдения ни у одного больного не зарегистрировано «мертвого уха». Авторы, имеющие большой опыт отохирургических вмешательств, подчеркивают, что парциальная лабиринтэктомия является методом выбора при наличии множественных фистул (исключение составляют случаи с локализацией фистулы в области преддверия).

Существуют правила, которые нужно соблюдать независимо от избранной техники операции [25]. Необходимо:

- 1) увлажнять открытый лабиринт физиологическим раствором, избегая отсасывания жидкости в непосредственной близости от фистулы;
- 2) как можно быстрее закрывать фистулу после удаления матрикса холестеатомы, используя многослойный пластический материал;
- 3) для сохранения слуховой функции использовать антибиотики и кортикостероиды (дексаметазон 10 мг в/в, преднизолон 40 мг в/в) интраоперационно и в послеоперационном периоде.

Таким образом, за последнее десятилетие достигнуты определенные успехи в диагностике и лечении фистулы лабиринта у больных хроническим гнойным средним отитом. Однако многие вопросы хирургической тактики остаются дискуссионными, поскольку сравнение результатов различных способов хирургических вмешательств затруднено ввиду относительной редкости данного осложнения и отсутствия универсальных критериев оценки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зеликович Е. И. КТ височной кости в диагностике приобретенной холестеатомы // Вестн. оторинолар. – 2004. – № 5. – С. 28–32.
2. Информативность различных методов диагностики фистулы лабиринта у больных хроническим гнойным средним отитом с холестеатомой / Е. В. Гаров и др. // Там же. – 2008. – № 3. – С. 22–25.
3. Тарасов Д. И., Федорова О. К., Быкова В. П. Заболевания среднего уха. – М.: Медицина, 1988. – 286 с.
4. Bilateral promontory fistula due to noncholesteatomatous chronic otitis media / J. H. Lee [et al.] // Eur. Arch. Otorhinolaryngol. – 2009. – Vol. 266, N 10. – P. 933–936.
5. Busaba N. Y. Clinical presentation and management of labyrinthine fistula caused by chronic otitis media // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 1999. – Vol. 108, N 5. – P. 435–439.
6. Complications of chronic otitis media with cholesteatoma during a 10-year period in Kosovo / A. Mustafa [et al.] // Eur. Arch. Otorhinolaryngol. – 2008. – Vol. 265, N 12. – P. 1477–1482.
7. Copeland B. J., Buchman C. A. Management of labyrinthine fistulae in chronic ear surgery // Am. J. Otolaryngol. – 2003. – Vol. 24. – P. 51–60.
8. Detection of labyrinthine fistulas in human temporal bone by virtual endoscopy and density threshold variation on computed tomographic scan / J. L. Bensimon [et al.] // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2005. – Vol. 131, N 8. – P. 681–685.
9. De Zinis L. O., Campovecchi C., Gadola E. Fistula of the cochlear labyrinth in noncholesteatomatous chronic otitis media // Otol. Neurotol. – 2005. – Vol. 26, N 5. – P. 830–833.
10. Durko M., Durko T. Labyrinthine fistulas due to the chronic cholesteatomatous otitis media controversial issues on diagnosis and surgical treatment // International Congress Series. – 2003. – Vol. 1240. – P. 67–71.
11. Ghiasi S. Labyrinthine fistula in chronic otitis media with cholesteatoma // J. Pak. Med. Assoc. – 2011. – Vol. 61, N 4. – P. 352–355.
12. Jia M., Qin Z. Diagnosis and surgical management of labyrinthine fistula caused by cholesteatoma. Article in Chinese // Lin Chuang Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi. – 2005. – Vol. 19, N 13. – P. 592–593.
13. Kartush J. M., Sargent E. W. Posterior semicircular canal occlusion for benign paroxysmal positional vertigo – CO₂ laser-assisted technique: preliminary results // Laryngoscope. – 1995. – Vol. 105, N 3, pt 1. – P. 268–274.
14. Labyrinthine fistula after cholesteatomatous chronic otitis media / M. C. Gersdorff [et al.] // Am. J. Otol. – 2000. – Vol. 21. – P. 3235.
15. Labyrinthine fistula as a late complication of middle ear surgery using the canal wall down technique / N. Hakuba [et al.] // Otol. Neurotol. – 2002. – Vol. 23, N 6. – P. 832–835.
16. Labyrinthine fistula detection: the predictive value of vestibular symptoms and computerized tomography / E. Kvestad [et al.] // Acta Otolaryngol. – 2001. – Vol. 121. – P. 622–626.
17. Labyrinthine fistula secondary to cholesteatomatous chronic otitis media / M. Sari [et al.] // Int. Adv. Otol. – 2010. – Vol. 6, N 1. – P. 18–24.
18. Magliulo G., Colicchio M. G., Ciniglio M. Facial nerve dehiscence and cholesteatoma // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 2011. – Vol. 120, N 4. – P. 261–267.
19. Management of labyrinthine fistulae in Kyoto University Hospital / N. Yamamoto [et al.] // Acta Otolaryngol. Suppl. – 2010. – Vol. 563. – P. 16–19.
20. Minor L. B. Labyrinthine fistulae: pathobiology and management // Curr. Opin. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2003. – Vol. 11, N 5. – P. 340–346.
21. Palva T., Ramsay H. Treatment of labyrinthine fistula // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 1989. – Vol. 115. – P. 804–806.
22. Parnes L. S., McClure J. A. Effect on brainstem auditory evoked responses of posterior semi-circular canal occlusion in guinea pigs // J. Otolaryngol. – 1985. – Vol. 14. – P. 145–150.
23. Parnes L. S., McClure J. A. Posterior semicircular canal occlusion in the normal hearing ear // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 1991. – Vol. 104. – P. 52–57.
24. Parnes L. S., Agrawal S. K., Atlas J. Diagnosis and management of benign paroxysmal positional vertigo (BPPV) // CMAJ. – 2003. – Vol. 169. – P. 681–693.
25. Partial labyrinthectomy in treatment of labyrinthine fistula: how we do it / G. Magliulo [et al.] // Clin. Otolaryngol. – 2008. – Vol. 33. – P. 607–628.
26. Smith J. A., Danner C. J. Complications of chronic otitis media and cholesteatoma // Otolaryngol. Clin. North Am. – 2006. – Vol. 39, N 6. – P. 1237–1255.
27. Soda-Merhy A., Betancourt-Suarez M. A. Surgical treatment of labyrinthine fistula caused by cholesteatoma // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2000. – Vol. 122. – P. 739–742.
28. Stephenson M. F., Saliba I. Prognostic indicators of hearing after complete resection of cholesteatoma causing a labyrinthine fistula // Eur. Arch. Otorhinolaryngol. – 2011, mar 9. [Epub ahead of print].
29. Studies of labyrinthine cholesteatoma-related fistulas: report of 22 cases / F. Portier [et al.] // J. Otolaryngol. – 2005. – Vol. 34, N 1. – P. 1–6.
30. Surgical treatment of inflammatory labyrinthine fistulae 23 cases. Article in Chinese / Y. Lu [et al.] // Lin Chuang Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi. – 2002. – Vol. 16, N 10. – P. 521–523.
31. Surgical management of the labyrinthine fistula complicating chronic otitis media with or without cholesteatoma / G. Magliulo [et al.] // J. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2008. – Vol. 37, N 2. – P. 143–147.
32. Surgical management of labyrinthine fistula in chronic otitis media with cholesteatoma / I. S. Moon [et al.] // Auris Nasus Larynx. – 2011, aug 19. [Epub ahead of print].



33. Surgical treatment of labyrinthine fistula in cholesteatoma surgery / N. Quaranta [et al.] // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2009. – Vol. 140, N 3. – P. 406–411.
34. Surgical treatment of labyrinthine fistula in patients with cholesteatoma / Y. Ueda [et al.] // J. Laryngol. Otol. Suppl. – 2009. – Vol. 31. – P. 64–67.
35. Surgical treatment of labyrinthine fistula caused by cholesteatoma with semicircular canal occlusion / Z. Chen [et al.] // Acta Otolaryngol. 2010. – Vol. 130, N 1. – P. 75–78.
36. The clinical investigation of labyrinthine fistula associated with chronic otitis media. Article in Chinese / T. Zhang [et al.] // Lin Chuang Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi. – 2005. – Vol. 19, N 4. – P. 153–154.
37. Treatment of labyrinthine fistula with interruption of the semicircular canals / T. Kobayashi [et al.] // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 1995. – Vol. 121. – P. 469–475.
38. Triple semicircular canal occlusion for the treatment of Meniere's disease / S. Yin [et al.] // Acta Otolaryngol. – 2008. – Vol. 128. – P. 739–743.
39. Vanden Abeele D., Offeciers F. E. Management of labyrinthine fistulas in cholesteatoma // Acta Otorhinolaryngol. Belg. – 1993. – Vol. 47. – P. 311–321.

Бойко Наталья Владимировна – докт. мед. наук, профессор каф. оториноларингологии Ростовского ГМУ. 344000, Ростов-на-Дону, Нахичеванский пер., д. 29, тел.: 903-433-41-13, e-mail: nvboiko@gmail.com; **Колесников** Вадим Николаевич – врач-оториноларинголог Областного консультативно-диагностического центра. 344000, Ростов-на-Дону, ул. Пушкинская, д. 127, тел.: 928-612-15-12, e-mail: vn_kolesnikov@mail.ru

УДК: 616.216.1-006

О ЛОЖНЫХ КИСТАХ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Г. А. Гаджимирзаев, С. Н. Абдулаева, Р. Г. Гаджимирзаева

ABOUT THE FALSE CYSTS OF PARANASAL SINUSES (REVIEW OF LITERATURE)

G. A. Gadjimirzaev, S. N. Abdulaeva, R. G. Gadjimirzaeva

ГОБУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия Росздрава»
г. Махачкала

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Г. А. Гаджимирзаев)

Авторы прослеживают развитие взглядов исследователей на причины формирования, диагностики и лечение кистоподобных образований в верхнечелюстных пазухах. В частности, обсуждаются различные мнения о роли аллергического фактора в генезе ложных кист, современные методы консервативного и оперативного лечения.

Ключевые слова: ложные кисты, причины формирования, диагностика, лечение.

Библиография: 79 источников.

Authors trace development of looks of researchers on reasons of forming, diagnostics and treatments of cystiform educations in genyantrums. In particular different opinions come into question of role of allergic factor in genesis of falce cysts, modern methods of conservative and operative treatment.

Key words: false cysts, reasons of forming, diagnostician, treatment.

Bibliography: 79 sources.

В клинической практике оториноларингологов довольно часто встречаются кисты околоносовых пазух (ОНП) разного генеза. В большинстве случаев кистозные образования формируются в верхнечелюстных пазухах (ВЧП). Согласно признанной специалистами классификации кисты подразделяются на четыре вида:

- истинные (ретенционные, секреторные);
- ложные (кистоподобные образования, лимфангиэктотические, гидроцеле, несекреторные псевдокисты);