УДК 616.213.6-07-08

Д. ЗАБОЛОТНА, Е. ІСМАГІЛОВ, Я. КІЗІМ

АТРЕЗІЯ ХОАН: ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ ТА ВЛАСНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Державна установа «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка Національної академії медичних наук України»
(дир. – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний)

Атрезія хоан (АХ) – відносно рідкісна вроджена аномалія, що характеризується порушенням сполучення заднього відділу порожнини носа з носоглоткою, і зустрічається у 1 з 5000-10000 новонароджених [11, 18]. Вперше про цю патологію повідомив німецький акушер Родерер в 1755 р., а описав – німецький анатом Отто в 1928 р. [16], і в 1851 вже Еммерт виконав першу спробу хірургічного лікування АХ [7, 12].

Захворюваність у дівчаток вдвічі вища, ніж у хлопчиків. 29% випадків атрезій має кісткову пластинку, а 71% є змішаними кістково-мембранозними [12]. У 67% випадків АХ має односторонній характер, вражаючи переважно праву половину носа (в 71% випадків) [18]. На відміну від односторонньої форми, яка не має вираженої клінічної симптоматики (за наявності достатньої прохідності протилежної половини носа), двостороння АХ є небезпечним для життя станом, пов'язаним з такими клінічними проявами, як гострий респіраторний дистрес-синдром.

Атрезія хоан у 50-70% випадків пов'язана з іншими вродженими аномаліями розвитку (особливо при двосторонній атрезії хоан), такими як CHARGE-синдром, синдром Аперта, синдром Крузона, синдром Тричера-Коллінза [5].

CHARGE-синдром зустрічається у 25% пацієнтів з атрезією хоан і включає такі клінічні ознаки: колобома, вади серця, атрезія хоан, затримка росту та/або розвитку, гіпоплазія органів сечостатевої системи, аномалії вуха та/або глухота. Цей синдром обумовлений мутаціями в гені хромодомен-геліказного ДНК-зв'язуючого білка 7 (CHD7) і зустрічається приблизно у чверті дітей з атрезією хоан. Скринінг-діагностика CHARGE-синдрому включає ехокардіографію, обстеження та огляд очного та слухового аналізаторів, ультразвукове дослідження сечостатевої системи. Пацієнтів навіть із односторонньою атрезією хоан слід обстежити на наявність супутніх вроджених аномалій [5, 13].

Єдиний метод лікування пацієнтів із атрезією хоан – хірургічний. Існує кілька хірургічних методик лікування даної патології, основними з яких є ендоскопічний ендоназальний доступ і транспалатинальний доступ. В даний час питання вибору типу хірургічного способу лікування атрезії хоан залишається відкритим та дискутабельним [2, 12]. Незалежно від типу доступу хірургічного лікування атрезії хоан, «наріжним каменем» до сьогодні є питання доцільності застосування різних стентів з метою зменшення частоти розвитку повторного стенозу хоан [1, 5].

Ембріогенез і патогенез атрезії хоан

Розвиток лицьового скелета відбувається між 4 та 8-м тижнями внутрішньоутробного розвитку плода. На 4-му тижні на обличчі плода з'являються «випуклості». Ініціюється міграція клітин нервового гребня з дорсальних нервових валиків, у результаті чого відбувається розвиток носа. Клітини нервового гребня є основними попередниками тканин обличчя, включаючи кіст-

ки, хрящі та зв'язки. Міграція клітин відбувається латерально навколо очей та через лобово-носовий відросток. Носова частина лобно-носового виступу білатерально перетворюється на назальну плакоду. Краї назальних плакод утворюють медіальні та латеральні носові виступи. Назальна ямка є центральним поглибленням між назальними виступами. Назальні ямки заглиблюються, перетворюючись на «передні» ніздрі та порожнину носа.

Ороназальна мембрана відокремлює задню частину попередньої носової порожнини від глотки. Як правило, на 6-му тижні вагітності ороназальна мембрана резорбується, утворюючи хоани. З розвитком вторинного піднебіння хоани розташовуються між порожниною носа та носоглоткою. Клітини, що вистилають порожнину носа, розростаються, утворюючи епітеліальну пробку, яка згодом розсмоктується. Прийнято вважати, що кісткова атрезія хоан формується через те, що ороназальна мембрана залишається, а не розорбується, а мембранозна атрезія хоан є наслідком часткової резорбції епітеліальної пробки [10].

Іншою гіпотезою етіології атрезії хоан є зв'язок із метаболізмом вітаміну «А». У дослідженні Дьюп (2003 р.) були описані вади розвитку в області очей і носа у мишей, у яких спостерігалося пригнічення синтезу ретиноєвої кислоти. Цікаво, що у цих мишей спостерігалася атрезія хоан. У дослідженні було також показано, що атрезію хоан у плода можна запобігти шляхом профілактичного використання ретиноєвої кислоти [10, 12].

Набутий стеноз хоан і носоглотки є рідкісною, але складною проблемою, і в більшості випадків виникає як ускладнення хірургічного лікування патології носоглотки (гіперплазія носоглоткового мигдалика, ювенільна ангіофіброма носоглотки, новоутворення задніх відділів порожнини носа та носоглотки). Так, наприклад, у роботах Джіанонні вказувалося, що виконання аденоїдектомії за допомогою КТР-лазера призводять до високої частоти стенозів. Усі методи «гарячої» аденоїдектомії слід використовувати з великою обережністю та уникати пошкодження бічних стінок носоглотки, піднебіння та хоан [9].

Клінічні прояви і діагностика

Залежно від ступеня назальної обструкції новонародженого, клінічні прояви атрезії хоан матимуть різний ступінь вираженості, що безпосередньо корелює зі строками встановлення діагнозу. Атрезія хоан, особливо двостороння, часто викликає респіраторний дистрес-синдром новонароджених, оскільки новонароджені мають облігатне носове дихання. Характерною особливістю дистрес-синдрому є ціаноз, який регресує під час плачу. Механізм відсутності ціанозу при плачі полягає в тому, що при повній атрезії хоан новонароджений обов'язково намагатиметься дихати носом (облігатне носове дихання), через відсутність надходження кисню виникає гіперкапнія та ціаноз. Внаслідок такого стану дитина рефлекторно починає плакати і гіперкапнія нівелюється за рахунок потрапляння кисню через рот [8, 11, 17]. Якщо у новонародженого має місце одностороння атрезія хоан і є достатня прохідність потоку повітря на контрлатеральній стороні, діагноз зазвичай встановлюється набагато пізніше.

Оскільки атрезія хоан часто пов'язана з іншими вродженими аномаліями розвитку, рання діагностика може бути здійснена, наприклад, при невдалій спробі ввести аспіраційний назальний катетер або назогастральний зонд.

Для пацієнтів з односторонньою атрезією хоан характерні скарги на слизові, слизово-гнійні виділення з порожнини носа зі сторони ураження. Через наявність стійкої ринореї (переважно у дітей віком від 2 до 5 років) часто одностороння атрезія хоан діагностується як інтраназальне стороннє тіло або хронічний аденоїдит.

При обстеженні дитини з підозрою на двосторонню атрезію хоан слід оглянути передні відділи порожнини носа, щоб виключити стеноз грушоподібного отвору. Допускається використання дзеркала, яке можна потримати під ніздрями, щоб перевірити відсутність запотівання на його поверхні. Для визначення руху повітря з ніздрів також можна використовувати шматочок вати, піднесений до ніздрі (проба Воячека).

«Золотим стандартом» у діагностиці атрезії хоан, як і інших причин назальної обструкції, є відеоендоскопічний огляд по-

рожнини носа. Порожнину носа слід обережно санувати від застійного назального секрету, а застосування місцевого деконгестанту (наприклад, оксиметазоліну) може бути корисним для покращення візуалізації. Дані ендоскопічного обстеження порожнини носа доповнюються даними мультиспіральної комп'ютерної томографії (МСКТ) голови, що дозволяє радіологічно підтвердити відсутність сполучення порожнини носа з порожниною носоглотки за рахунок наявності «стенозуючої» мембрани або кісткової пластинки.

Безпосередньо перед виконанням МСКТ, порожнину носа необхідно санувати від назального секрету з метою чіткішої візуалізації меж між повітрям і м'якими тканинами порожнини носа. МСКТ також дозволяє оцінити товщину кісткової «атретичної» пластинки, перетинчастої перегородки та ступінь залучення до патологічного процесу латеральної пластинки крилоподібного відростка клиноподібної кістки та сошника. Крім того, МСКТ дозволяє виключити інші причини назальної обструкції, такі як стеноз грушоподібного отвору, кісти носослізної протоки, сторонні тіла, новоутворення порожнини носа, а також викривлення носової перегородки.

МСКТ є обов'язковим методом дослідження перед запланованим хірургічним втручанням.

Лікування

Єдиним метод лікування пацієнтів із атрезією хоан є хірургічний. Показанням для термінового хірургічного лікування новонароджених з атрезією хоан є відсутність самостійного дихання у дитини без використання штучної вентиляції легень. Якщо можливо підтримувати самостійне дихання та харчування новонародженого, відтермінування хірургічної реконструкції, яка дозволяє дитині зростати, є оптимальною з метою зниження ризику надання анестезіологічної допомоги та зниження ризику рецидиву стенозу хоан. Протипоказаннями до хірургічного лікування є наявність дефекту основи черепа або аномалії, що впливають на висоту носоглотки; обструктивне ураження порожнини носа (виражений стеноз грушоподібного отвору, новоутворення порожнини носа); агенезія носа.

Існує кілька хірургічних методик лікування даної патології, основними з яких є ендоскопічний ендоназальний доступ і транспалатинальний доступ [14, 15].

Транспалатинальний доступ забезпечує добрий доступ до атретичної пластинки. Техніка операції полягає у виконанні U-подібного розрізу слизової оболонки, який роблять медіальніше альвеолярного відростка, створюючи слизовий клапоть на піднебінні, намагаючись зберегти великі піднебінні судинно-нервові пучки з кожного боку. Виконується резекція піднебінної кістки під прямою візуалізацією, атретичні пластинки та частина сошника видаляються. Попередньо заготовлений клапоть слизової оболонки переміщують в ділянку сформованої кісткової неохоани. Потім, при необхідності, встановлюють стенти, а слизова оболонка ушивається.

Така методика забезпечує повну візуалізацію атретичних пластинок при їх видаленні. Використання клаптів слизової оболонки в області сформованої неохоани дозволяє скоротити тривалість стентування. Слід зазначити, що транспалатинальний доступ був традиційним методом хірургічного лікування атрезії хоан до появи ендоскопічних методик лікування.

Ендоскопічний ендоназальний доступ дозволяє менш травматично і під прямим оглядом здійснювати маніпуляції в порожнині носа. Існують різні варіанти використання ендоскопічного доступу. Одним з них є усунення атретичної пластинки або мембрани з обов'язковим стентуванням. Методика полягає в наступному: під контролем ендоскопа 0 або 30 градусів здійснюється доступ до атрезованої хоани, виконується висічення перетинчастої мембрани щипцями, що ріжуть, викусувачем, лазером або методом контрольованої абляції. За наявності кісткової атрезії ділянка кістки видаляється за допомогою кісткового викусувача або ендоназального бору. Після того, як просвіт у хоані сформований, встановлюється силіконовий стент терміном на 3-6 тижнів. Перевагою даної методики є простота її технічного виконання, раннє настання клінічного ефекту (носове дихання через

стент), проте існує високий ризик стенозу після видалення стенту [1, 3, 4, 6].

На сьогоднішній день застосування ендоскопічного ендоназального доступу з використанням методики переміщених клаптів слизової оболонки є кращим, оскільки дана методика дозволяє мінімізувати посттравматичну реакцію слизової оболонки, зменшує подальше рубцювання і знижує ймовірність рецидиву стенозу хоани [19]. Методика такого доступу полягає в наступному: під контролем 2,7 мм або 4,0 мм ендоскопа 0 або 30 градусів проводиться гідропрепаровка слизової оболонки задніх відділів перегородки носа і слизової оболонки задніх відділів порожнини носа. Серповидним ножом або вигнутим ножом виконується вертикальний розріз слизової оболонки задніх відділів носової перегородки. Розріз виконують на відстані 1 см допереду від атретичної пластинки. З одного боку перегородки носа розріз триває вниз на дно носової порожнини, з протилежного боку – розріз починається від дна порожнини носа догори, по перегородці, до даху порожнини носа, не доходячи 0,5 см. Відшарування сформованих клаптів слизової оболонки виконують за допомогою елеваторів Коттла або Фреєра. Таким чином, заготовлений клапоть з одного боку матиме основу вгорі, а клапоть з протилежного боку – основу, яка буде розташовуватися внизу. За відсутності кісткової пластинки атретична мембрана розсікається, за наявності кісткової пластинки, здійснюється її видалення кістковим викусувачем або ендоназальним бором. Задня частина перегородки (в межах 0,5-1 см) резектується зворотнім викусувачем або викусувачем для задньої септотомії з метою створення загальної порожнини (неохоана). Кістковий гребінь у місці прикріплення задньої кісткової перегородки до носової поверхні твердого піднебіння спилюють бором, щоб він знаходився на одному рівні з дном порожнини носа. Після цього, заготовлені клапті слизової оболонки укладають таким чином, щоб клапоть, який мав основу внизу, укладається на дно порожнини носа, а клапоть, що мав основу вгорі – на верхні відділи сформованої неохоани. Таким чином ділянки оголеної кістки накриваються клаптями слизової оболонки, що перешкоджає повторному рубцюванню, неоостеогенезу.

Вважається, що використання силіконових стентів у цьому випадку не має сенсу, а іноді навіть може завдати шкоди (спричинити некротизацію слизового клаптів). Допускається фіксація клаптів шляхом аплікації на них незначної кількості фібринового клею, що перешкоджатиме їх зсуву. За відсутності клею допускається постановка губчастого тампона в силіконовій прокладці на 1-2 дні (з метою перешкоджання зміщення клаптів слизової оболонки).

Таким чином, при використанні даної методики забезпечується мала травматичність, ризик розвитку стенозу суттєво знижується порівняно з методикою постановки стентів на тривалий час. Сформована неохана забезпечує вільне носове дихання пацієнту.

Клінічне спостереження

Пацієнт І., 17 років, звернувся до клініки Державної установи «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка Національної академії медичних наук України» зі скаргами на утруднене носове дихання переважно через ліву половину носа. Хворіє тривалий час, у віці 12 років оперований з приводу ювенільної ангіофіброми носоглотки. Через рік після хірургічного лікування у пацієнта розвинулася рубцева атрезія хоани зліва. У 2019 р. пацієнту було виконано хірургічне лікування: усунення атрезії хоани зі встановленням силіконового стенту на 4 тижні. Після видалення силіконового стенту дихання було вільне, пацієнт скарг на утруднене носове дихання не пред'являв, проте через 3 тижні скарги на утруднене носове дихання відновилися. Аналогічна безуспішна спроба хірургічного лікування повторилася і в 2020 р.

При відеоендоскопічному огляді порожнини носа в області хоани зліва візуалізується рубцева мембрана з точковим отвором розмірами 0,2х0,2 см (рис. 1).

При МСКТ голови визначається наявність стенозу хоани зліва (рис. 2).

У клініці Державної установи «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка Національної академії медичних наук України» пацієнту було виконано хірургіч-

не лікування в обсязі: усунення атрезії хоани зліва із застосуванням ендоскопічного ендоназального доступу із застосуванням методики переміщених клаптів слизової оболонки. Клапоть слизової оболонки носової перегородки праворуч був сформований з основою донизу, а клапоть слизової оболонки носової перегородки зліва був сформований з основою догори. З метою профілактики зміщення клаптів слизової оболонки у просвіт сформованої неохоани було встановлено губчастий тампон у силіконовій оболонці на 1 добу. Після видалення носового тампона носове дихання було вільним. Пацієнт виписаний із відділення на 2-у добу після операції.

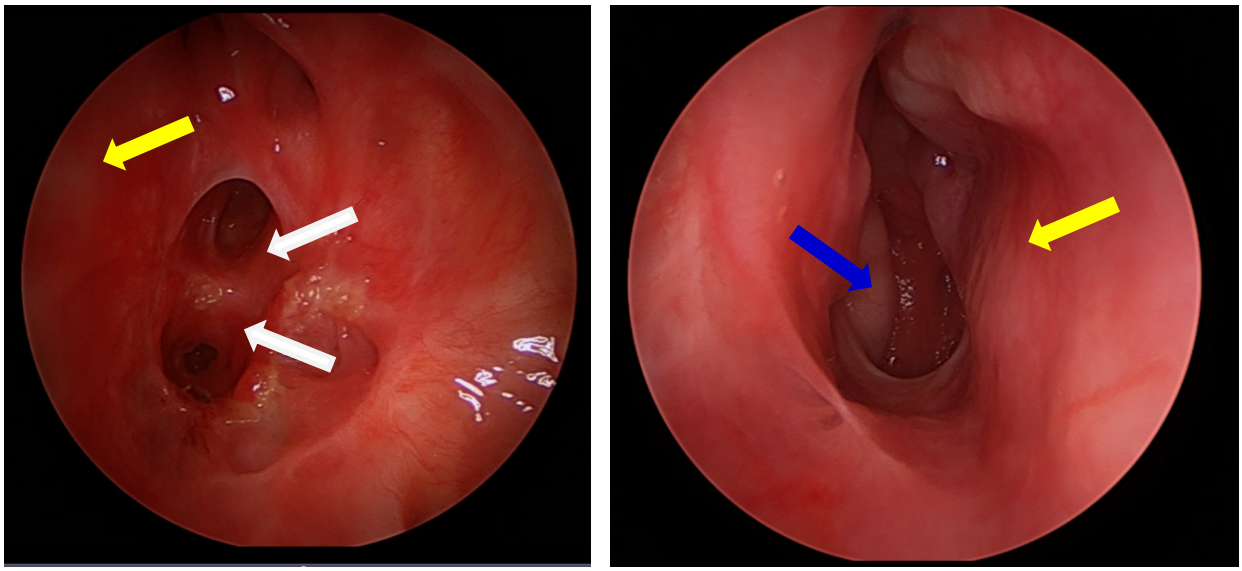

Рис. 1. Справа – права половина порожнини носа. Зліва – ліва половина порожнини носа. Жовта стрілка – носова перегородка. Синя стрілка – тубарний валик. Білі стрілки – атретична мембрана.

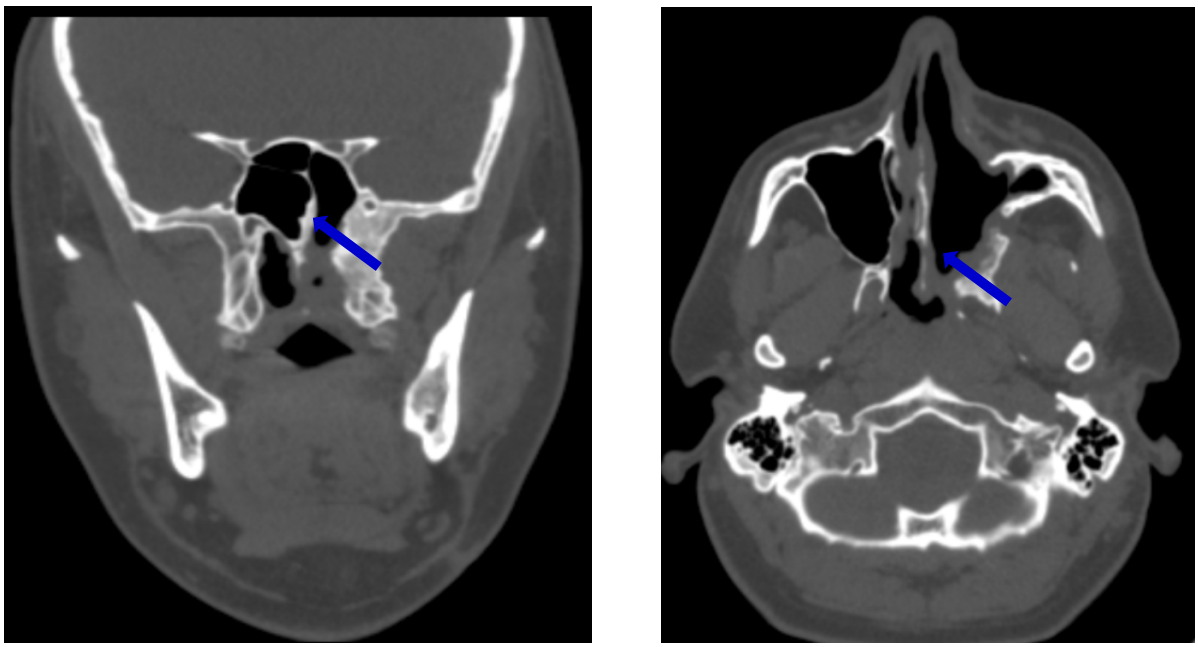

Рис. 2. МСКТ голови. Справа – аксіальна проекція, зліва – коронарна проекція. Синя стрілка – атретична мембрана.

Контроль відеоендоскопічного обстеження порожнини носа через 2 тижні після операції представлено на рис. 3. Результати відеоендоскопічного обстеження порожнини носа через 1 рік після операції представлено на рис. 4. Через 1,2 роки після хірургічного лікування носове дихання задовільне, скарги відсутні.

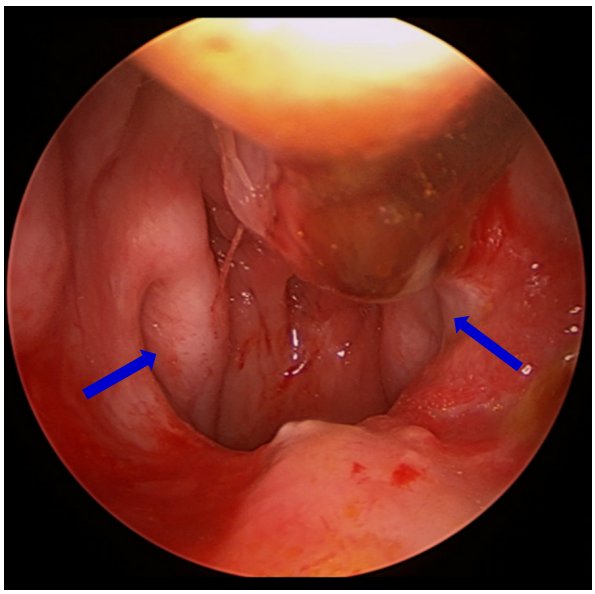

Рис. 3. Сформована неохоана. 2 тижні після операції. Стрілки – устя слухових труб.

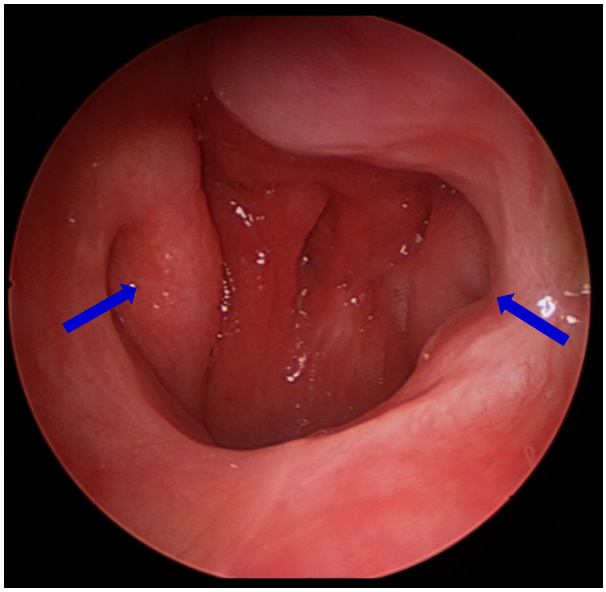

Рис. 4. Сформована неохоана. 1 рік після операції. Стрілки – устя слухових труб.

Обговорення

Атрезія хоан, безумовно, є відносно рідкісною вродженою аномалією розвитку та характеризується порушенням сполучення заднього відділу порожнини носа з носоглоткою. Хоани блокуються атретичною пластинкою, що складається в основному з кістки (у 70% випадків – з центральним перетинчастим компонентом). Атрезія хоан у 50-70% випадків пов'язана з іншими вродженими аномаліями розвитку (особливо при двосторонній атрезії хоан), такими як CHARGE-синдром, синдром Аперта, синдром Крузона, синдром Тричера-Коллінза.

Згідно з сучасними уявленнями про патогенез атрезії хоан, прийнято вважати, що кісткова атрезія хоан формується внаслідок того, що ороназальна мембрана залишається, а не резорбується, а мембранозна атрезія хоан є наслідком часткової резорбції епітеліальної пробки.

В залежності від ступеня назальної обструкції новонародженого, клінічні прояви атрезії хоан матимуть різний ступінь вираженості, що безпосередньо корелює зі строками встановлення діагнозу. «Золотим стандартом» у діагностиці атрезії хоан, як і інших причин назальної обструкції, є відеоендоскопічний огляд порожнини носа. Дані ендоскопічного обстеження порожнини носа доповнюються даними мультиспіральної комп'ютерної томографії голови, що дозволяє радіологічно підтвердити відсутність сполучення порожнини носа з порожниною носоглотки за рахунок наявності «стенозуючої» мембрани або кісткової пластинки.

Єдиний метод лікування пацієнтів із атрезією хоан – хірургічний. Трансназальний ендоскопічний хірургічний доступ є оптимальним вибором методу лікування цієї патології. Використання ендоскопічних хірургічних методів з використанням пере-

міщених клаптів слизової оболонки дозволяє мінімізувати посттравматичну реакцію слизової оболонки, зменшує подальше рубцювання та знижує ймовірність рецидиву стенозу хоани.

Висновки

1. Атрезія хоан – відносно рідкісна вроджена аномалія, що характеризується порушенням сполучення заднього відділу порожнини носа з носоглоткою, що зустрічається у 1 з 5000-10000 новонароджених.

2. Атрезія хоан у 50-70% випадків пов'язана з іншими вродженими аномаліями. Пацієнтів навіть із односторонньою атрезією хоан слід обстежити на наявність супутніх вроджених аномалій.

3. Відеоендоскопічний огляд порожнини носа є «золотим стандартом» у діагностиці атрезії хоан. Мультиспіральна комп'ютерна томографія голови є обов'язковим методом дослідження перед запланованим хірургічним втручанням.

4. Використання ендоскопічних хірургічних методів з використанням переміщених клаптів слизової оболонки дозволяє мінімізувати посттравматичну реакцію слизової оболонки, зменшує подальше рубцювання та знижує ймовірність рецидиву стенозу хоани.

Література

1. Alsubaie HM, Almosa WH, Al-Qahtani AS, Margalani O. Choanal Atresia Repair with Stents and Flaps: A Systematic Review Article. Allergy Rhinol. 2021;12:1-13. doi: 10.1177/21526567211058052.
2. Bajin MD, Önay Ö, Günaydın RÖ, Ünal ÖF, Yücel ÖT, Akyol U, et al. Endonasal choanal atresia repair; evaluating the surgical results of 58 cases. Turkish Journal of Pediatrics. 2021;63:136-40. doi: 10.24953/turkjped.2021.01.016.
3. Cedin AC, Fujita R, Cruz OL. Endoscopic transeptal surgery for choanal atresia with a stentless folded-over-flap technique. Otolaryngol Head Neck Surg. 2006;135(5):693-698. doi: 10.1016/j.otohns.2006.05.009.
4. Dedo HH. Transnasal mucosal flap rotation technique for repair of posterior choanal atresia. Otolaryngol Head Neck Surg. 2001;124(6):674-682. doi: 10.1177/019459980112400615.
5. Duncan NO, Miller RH, Catlin FI. Choanal atresia and associated anomalies: the CHARGE association. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 1988;15:129-35. doi: 10.1016/0165-5876(88)90063-8.
6. EL-Ahl MA, El-Anwar MW. Stentless endoscopic transnasal repair of bilateral choanal atresia starting with resection of vomer. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2012;76(7):1002-1006. doi: 10.1016/j.ijporl.2012.03.019.
7. Emmert C. Stenochorie und Atresie der Choannen, Lehrbach der Speciellen Chirurgie, vol. 2. Stuttgart: Dann; 1854. p. 535-8.
8. Ferrier S, Hennocq Q, Leboulanger N, Couloigner V, Denoyelle F, Heuzé Y, et al. Nasal cavity shape in unilateral choanal atresia and the role of fetal ventilation in facial growth. J Stomatol Oral Maxillofac Surg. 2021 Apr;122(2):135-140. doi: 10.1016/j.jormas.2020.05.021.
9. Giannoni C, Sulek M, Friedman EM, Duncan NO 3rd. Acquired nasopharyngeal stenosis: a warning and review. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1998 Feb;124(2):163-7. doi: 10.1001/archotol.124.2.163.
10. Hengerer AS, Strome M. Choanal atresia: a new embryologic theory and its influence on surgical management. Laryngoscope. 1982 Aug;92(8 Pt 1):913-21. https://doi.org/10.1288/00005537-198208000-00012.
11. Kurosaka H. Choanal atresia and stenosis: Development and diseases of the nasal cavity. Wiley Interdiscip Rev Dev Biol. 2019 Jan;8(1):e336. doi: 10.1002/wdev.336.
12. Kwong KM. Current updates on choanal atresia. Front Pediatr. 2015;3:1-6. doi: 10.3389/fped.2015.00052.
13. Moreddu E, Rizzi M, Adil E, Balakrishnan K, Chan K, Cheng A, et al. International Pediatric Otolaryngology Group (IPOG) consensus recommendations: Diagnosis, pre-operative, operative and post-operative pediatric choanal atresia care. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2019 Aug;123:151-155. doi: 10.1016/j.ijporl.2019.05.010.
14. Newman JR, Harmon P, Shirley WP, Hill JS, Woolley AL, Wiatrak BJ. Operative management of choanal atresia: a 15-year experience. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2013 Jan;139(1):71-5. doi: 10.1001/jamaoto.2013.1111.

15. Nour YA, Foad H. Swinging door flap technique for endoscopic transeptal repair of bilateral choanal atresia. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2008;265 (11):1341-1347. doi: 10.1007/s00405-008-0654-4.
16. Otto AW. Lehrbuch der Pathologischen Anatomie des Menschen und der Thiere, Vol. 1. Berlin: Recker; 1830. p. 181-3.
17. Patel VA, Ramadan J, Carr MM. Congenital Choanal Atresia Repair: An Analysis of Adverse Perioperative Events. Otolaryngol Head Neck Surg. 2018 Nov;159(5):920-926. doi: 10.1177/0194599818797282.
18. Ramsden JD, Campisi P, Forte V. Choanal atresia and choanal stenosis. Otolaryngol Clin North Am. 2009 Apr;42(2):339-52, x. doi: 10.1016/j.otc.2009.01.001.
19. Stamm AC, Pignatari SSP. Nasal septal cross-over flap technique: a choanal atresia micro-endoscopic surgical repair. Am J Rhinol. 2001 Mar-Apr; 15(2):143-8. doi: 10.2500/105065801781543718.

Надійшла до редакції 17.07.2023

© Д. Заболотна, Е. Ісмагілов, Я. Кізім, 2023

АТРЕЗІЯ ХОАН: ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ ТА ВЛАСНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Заболотна Д, Ісмагілов Е, Кізім Я
Державна установа «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка Національної академії медичних наук України»
Email: dianazab@ukr.net

А н о т а ц і я

В роботі розглянуто розповсюдженість, класифікація, клінічні прояви та методи лікування атрезії хоан. Атрезія хоан – відносно рідкісна вроджена аномалія, що характеризується порушенням сполучення заднього відділу порожнини носа з носоглоткою. В залежності від ступеня назальної обструкції новонародженого, клінічні прояви атрезії хоан матимуть різний ступінь вираженості, що безпосередньо корелює зі строками встановлення діагнозу. Золотим стандартом» у діагностиці атрезії хоан, як і інших причин назальної обструкції, є відеоендоскопічний огляд порожнини носа. Дані ендоскопічного обстеження порожнини носа доповнюються даними мультиспіральної комп'ютерної томографії голови. Єдиний метод лікування пацієнтів із атрезією хоан – хірургічний. Трансназальний ендоскопічний хірургічний доступ є оптимальним вибором методу лікування пацієнтів з атрезією хоан. В роботі наведено власне клінічне спостереження.

Ключові слова: атрезія хоан, вроджені аномалії розвитку, атретична пластинка.

CHOANAL ATRESIA: DIAGNOSIS AND TREATMENT. LITERATURE REVIEW AND OWN CLINICAL OBSERVATIONS

Zabolotna D, Ismagilov E, Kizim Y
State Institution «O.S. Kolomiychenko Institute of otolaryngology of National academy of medical sciences of Ukraine»
Email: dianazab@ukr.net

A b s t r a c t

The prevalence, classification, clinical manifestations and methods of treatment of choanal atresia is presented in the paper. Choanal atresia is a relatively rare congenital anomaly characterized by impaired conjugation of the posterior nasal cavity with the nasopharynx. Depending on the degree of nasal obstruction of the newborn, the clinical manifestations of choanal atresia will have a different degree of severity, directly correlates with the timing of the diagnosis. The «gold standard» in the diagnosis of choanal atresia, as well as for other causes of nasal obstruction, is a video endoscopic examination of the nasal cavity. The data of endoscopic examination of the nasal cavity are supplemented by the data of multislice computed tomography of the head. The only treatment for patients with choanal atresia is surgery. Transnasal endoscopic surgical approach is the optimal choice of treatment for patients with choanal atresia. Clinical case is presented in the paper.

Key words: choanal atresia, congenital developmental anomalies, atretic plate.