

© Team of authors, 2025 / © Коллектив авторов, 2025

3.1.3. Otorhinolaryngology, 3.1.9. Surgery / 3.1.3. Оториноларингология, 3.1.9. Хирургия

A clinical case of two types of nasal heterotopia of the external nose in a child

A.S. Yunusov¹, E.V. Molodtsova¹, I.V. Gelogaeva¹, N.G. Malyugin²¹Federal State Budgetary Institution The National Medical Research Center for Otorhinolaryngology of the Federal Medico-Biological Agency of Russia, Moscow, Russia²Medoria LLC, Moscow, Russia

Contacts: Adnan Sultanovich Yunusov – e-mail: doctoradnan@mail.ru

Клинический случай двух видов назальной гетеротопии наружного носа у ребенка

А.С. Юнусов¹, Е.В. Молодцова¹, И.В. Гелобаева¹, Н.Г. Малюгин²¹ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства России, Москва, Россия²ООО «Медория», Республика Татарстан, с.п. Стародрожжановское, с. Старое Дрожжановское, Россия

Контакты: Юнусов Аднан Султанович – e-mail: doctoradnan@mail.ru

儿童外鼻两种类型鼻部异位的临床病例

A.S. Yunusov¹, E.V. Molodtsova¹, I.V. Gelogaeva¹, N.G. Malyugin²¹俄罗斯联邦医学生物署国家耳鼻喉医学研究中心, 俄罗斯莫斯科, 联邦预算机构²梅多利亚有限责任公司, 俄罗斯莫斯科

联系方式: Adnan Sultanovich Yunusov – 邮箱: doctoradnan@mail.ru

Background. Dermoid cysts (DCs), or dermoids, are benign tumors that result from the immersion of ectodermal germ layer into the underlying tissue during embryogenesis or from a malformation of three germ layers. DCs are often located in areas where sulci and clefts were located during the embryonic period, or in the areas of closing ectodermal depressions or budding cutaneous rudiments. Dermoids are most often found in the face, neck, occiput, mediastinum, sacrum, ovaries, manubrium, and floor of the mouth. DCs may not manifest in any way, characterized by a benign course and slow growth. The main treatment modality is exclusively surgical.

The clinical case. Male patient B., 1 year old, was admitted with complaints (according to his mother) of a mass around the nasal dorsum. He was examined at the place of residence, where ultrasound scan of the soft tissues of the nose and paranasal sinus CT scan were performed. According to the examination data, a mass was detected in the nasal dorsum area, with nasal bones uninvolved. Under endotracheal anesthesia, the patient underwent removal of the nasal dorsum tumor. A year and a half after the surgical treatment, the patient's parents complained of a nasal dorsum mass present below the postoperative scar. The mass was considered a recurrence of the epidermal cyst of the nasal dorsum. Under ETA, the nasal dorsum and nasal cavity mass was removed.

Outcomes. Patient B. has successfully undergone two radical surgical operations for removal of nasal dorsum masses with an interval of one and a half years. There were no complications in the postoperative periods.

This clinical case is special in view of the histologically confirmed two types of external nasal heterotopia in the child, the second case not being a recurrence. No recurrence was detected in the child during the follow-up period lasting 2 years.

Keywords: dermoid cyst, epidermal cyst, dermoid, nose, childhood, nasal heterotopia

Conflicts of interest. The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing. The research was funded from the authors' own funds

For citation: Yunusov A.S., Molodtsova E.V., Gelogaeva I.V., Malyugin N.G. A clinical case of two types of nasal heterotopia of the external nose in a child. *Head and neck. Russian Journal.* 2025;13(2):98–104

Doi: 10.25792/HN.2025.13.2.98-104

The authors are responsible for the originality of the data presented and the possibility of publishing illustrative material – tables, drawings, photographs of patients.

Актуальность. Дермоидная киста (ДК), «дермоид» – доброкачественное новообразование, которое возникает в результате погружения эктодермального зародышевого листка в подлежащие ткани в эмбриональном периоде или пороке развития трех зародышевых листков. ДК часто располагаются в тех местах, где эмбриональном периоде находились борозды, щели или в местах закрытия углубления эктодермы или отшнуровки кожных зачатков. Чаще всего дермоиды обнаруживают в области лица, шеи, затылка,

средостения, крестца, яичников, рукоятки грудины и дна полости рта. ДК может никак себя не проявлять, характеризуется доброкачественным течением и медленным ростом. Основным методом лечения является только хирургическое.

Клинический случай. Пациент Б., 1 года поступил с жалобами (со слов матери) на образование в области спинки носа. Обследован по месту жительства, выполнено УЗИ мягких тканей носа и КТ ОНП. По данным методов исследования выявлено образование в области спинки носа без деструкции костей носа. Под ЭТН пациенту выполнено удаление новообразования спинки носа. Через полтора года после проведенного хирургического лечения родители пациента вновь обратились с жалобами на образование спинки носа ниже послеоперационного рубца. Образование расценено как “рецидив” эпидермальной кисты спинки носа. Под ЭТН выполнено удаление образования спинки носа и полости носа.

Заключение. Пациенту Б. успешно проведено хирургическое лечение образования спинки носа методом радикального удаления с интервалом в полтора года. Осложнений в послеоперационном периоде не было. Особенностью данного клинического случая является гистологически подтвержденные два вида назальной гетеротопии наружного носа у ребенка, поэтому второй случай не являлся рецидивом. В катamnестическом наблюдении в течение 2 лет рецидива у ребенка не выявлено.

Ключевые слова: дермоидная киста, эпидермальная киста, дермоид, нос, детский возраст, назальная гетеротопия, образование носа

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Финансирование исследования проводилось из собственных средств авторов.

Для цитирования: Юнусов А.С., Молодцова Е.В., Гелогоева И.В., Малугин Н.Г. Клинический случай двух видов назальной гетеротопии наружного носа у ребенка. *Head and neck. Голова и шея. Российский журнал.* 2025;13(2):98–104

Doi: 10.25792/HN.2025.13.2.98-104

Авторы несут ответственность за оригинальность представленных данных и возможность публикации иллюстративного материала – таблиц, рисунков, фотографий пациентов.

Фон: 皮样囊肿 (DCs), 或称为皮样瘤, 是一种良性肿瘤, 由胚胎发生过程中外胚层胚层浸入下层组织, 或由三个胚层的畸形发育所导致。皮样囊肿常位于胚胎期沟和裂隙所在区域, 或外胚层凹陷闭合处或皮肤原基萌发区域。皮样囊肿最常出现在面部、颈部、枕部、纵隔、髌骨、卵巢、胸骨柄和口腔底部。皮样囊肿可能无任何症状, 具有良性病程和缓慢生长的特点。其主要治疗方式仅为手术。

临床病例: 男性患儿 B, 1 岁, 因 (据其母亲所述) 鼻背周围有肿物而入院。在其居住地进行了检查, 包括鼻部软组织超声检查和鼻窦 CT 扫描。根据检查数据, 在鼻背区域检测到肿物, 鼻骨未受累。在气管内麻醉下, 对该患儿实施了鼻背肿瘤切除术。手术治疗一年半后, 患儿父母主诉在手术疤痕下方出现鼻背肿物。该肿物被认为是鼻背表皮样囊肿复发。在气管内麻醉 (ETA) 下, 切除了鼻背和鼻腔肿物。

研究结果: 患儿 B 成功接受了两次根治性手术以切除鼻背肿物, 间隔一年半, 术后均未出现并发症。

该临床病例较为特殊, 从组织学上证实了患儿存在两种类型的外鼻异位, 且第二例并非复发情况。在为期 2 年的随访期内, 未检测到患儿复发。

关键词: 皮样囊肿; 表皮样囊肿; 皮样瘤; 鼻部; 儿童时期; 鼻部异位

利益冲突声明: 作者声明不存在利益冲突。

资助声明: 本研究未获得任何资助支持。

引用格式: Yunusov A.S., Molodtsova E.V., Gelogaeva I.V., Malyugin N.G. A clinical case of two types of nasal heterotopia of the external nose in a child. *Head and neck. Russian Journal.* 2025;13(2):98–104

Doi: 10.25792/HN.2025.13.2.98-104

作者声明: 作者对所提供数据的原创性及插图 (表格、图片、患者照片) 的发表合法性负责。

Актуальность

Среди пороков развития носа относительно часто встречаются дермоидные кисты (ДК) и свищи спинки носа (ССН). Чаще всего кисты носа находятся на границе костного и хрящевого отделов, поэтому некоторые авторы считают, что свищи носа развиваются именно из ДК [1–5].

Клиническая картина кист и ССН зависит от частоты инфицирования, травм носа и ряда других причин. Лечение только хирургическое – полное удаление кисты и/или свища. Во избежание инфицирования кисты и/или ССН хирургическое лечение следует проводить как можно раньше, даже в грудном возрасте.

Врожденные ДК и первичные ССН относятся к патологии внутриутробного развития плода и возникают в результате

неполного сращения парных эмбриональных частей при формировании носа [6]. В более поздние периоды развития, когда нос уже сформирован, при вскрытии уже имеющейся ДК образуются вторичные свищи носа.

Анализ литературы и наблюдений показывают, что данная патология встречается у детей редко, в связи с чем вопросы лечения и предотвращения рецидивов заболевания недостаточно освещаются в литературе, в большинстве случаев имеются лишь описания единичных наблюдений [7–10].

Появление первых признаков заболевания может наблюдаться сразу же после рождения ребенка или в последующие годы его жизни, когда родители обнаруживают на спинке носа точечное свищевое отверстие или появление опухолевидного образования, которое постепенно увеличивается в размере, иногда вскрывается, образуя свищ. При значительных размерах кисты может наблюдаться деструкция носовых костей, при высоком ее расположении на боковой рентгенограмме наружного носа и компьютерной томографии околоносовых пазух (ОНП) может быть обнаружен дефект носовых костей округлой формы [11]. Внешний вид кистозных образований носа может быть различным и чаще зависит от ее расположения, размеров и выраженности воспалительных явлений, возникающих в самом образовании и окружающих ее тканях при присоединении бактериальной флоры. Травмы носа и острые простудные заболевания могут ускорять рост кисты и приводить к ее нагноению с последующим прорывом содержимого кисты и образованию стойкого свища. Кожа в этих случаях над кистой или в области свищевое отверстие может быть гиперемирована и рубцово изменена. При расположении кисты в области соединения носового отростка лобной кости с носовыми костями или на носовых костях свищи открываются в области внутреннего угла глаза.

Содержимое ДК представляет собой кашицеобразную крошковидную салную массу, в которой могут определяться пучки волос [12, 13]. Иногда из свищевое отверстие может наблюдаться рост волос. При надавливании в области свищевое отверстие часто выделяется крошковидная жироподобная масса, что лишней раз подтверждает вторичное образование свищей носа в результате вскрытия ДК. При наличии воспалительных явлений отделяемое из свища приобретает гнойный характер. Свищи могут временно закрываться до нового рецидива воспаления, иногда же открываются новые свищи.

ДК и свищи носа в течение длительного времени могут ничем не беспокоить пациентов кроме небольшого косметического дефекта в виде припухлости на спинке носа [14]. Только осложнение ДК и/или СН в виде воспалительного процесса может послужить поводом для обращения родителей к врачу [15, 16].

Лечение свищей и кист носа является исключительно только хирургическим и заключается в радикальном удалении кисты и полном иссечении свища на всем его протяжении с удалением части окружающих тканей [11]. При наличии нескольких свищевых ходов необходимо тщательное вылушивание каждого из них, поскольку даже самые небольшие участки оставшегося эпителия могут приводить к рецидиву заболевания. При вторичных свищах с разрастанием грануляционной ткани и наличием пораженной части кожи следует проводить иссечение грануляций, измененной кожи с последующим устранением натяжения ткани методом встречных треугольников по А.А. Лимбергу. При оперативном вмешательстве рекомендуется использовать введение в свищевые ходы красящих растворов (метиленовый

синий, бриллиантовой зелени) и проводников для определения их расположения. В отношении сроков оперативного вмешательства рекомендуется проводить его как можно раньше [11].

Классификация

Многочисленные наблюдения над кистами и свищами лица и шеи послужили основанием для их классификации. Так, впервые наиболее обоснованная классификация была предложена Louschka [1]. Skolnik и соавт. (1955) делят кисты и свищи в зависимости от их происхождения на [1]:

Эктодермальные:

- дермоидные;
- бранхиогенные (из жаберных щелей).

Эпидермоидные:

- бранхиогенные (из глоточных карманов);
- тиреоидальные (из щитовидно-язычного протока).

Мезодермальные:

- гигромы (кистозная лимфангиома).

И.Ф. Березин (1950) срединные и боковые кисты, называет жаберными, а Х. Тасев (1965) объединяет срединные кисты с дермоидными и называет их «срединные дермоидные» [1]. В.А. Гремилов и Р.А. Мельников (1960), беря за основу этиологический фактор, предлагают следующую классификацию [1]:

- I. Подъязычно-щитовидные кисты.
- II. Бранхиогенные кисты.
- III. Тимофарингеальные кисты.
- IV. Ангиоматозные кисты.
- V. Дермоидные кисты

К.И. Чернова (1962) в зависимости от происхождения делит кисты и свищи следующим образом [1]:

I. Эндодермальные.

1. Кисты верхнебокового отдела шеи и околоушной области, бранхиогенные.
2. Кисты срединного отдела шеи, тимофарингеальные.
3. Кисты шеи: передней поверхности шеи, тиреоглоссальные или щитовидно-подъязычные

II. Эктодермальные.

1. ДК лица:
 - а) периорбитальные;
 - б) дермоиды орбиты;
 - в) дермоиды корня носа;
 - г) дермоиды прочей локализации.
2. ДК, эпидермоидные кисты дна ротовой полости.

Отсутствие общепринятой классификации, высокий процент диагностических ошибок, частые рецидивы после оперативных вмешательств подтверждают целесообразность и необходимость дальнейшего изучения этого вида патологии.

Диагностика при правильном проведении обследования не представляет больших трудностей, однако требует знаний этого вида патологии, что в конечном итоге может определить правильную тактику врача при лечении [11, 16–19].

Консервативное лечение неэффективно и нецелесообразно. Применение различных медикаментозных средств и особенно прижиганий противопоказано.

В послеоперационном периоде всем больным целесообразно назначать противовоспалительную терапию.

Врожденные заболевания, особенно наследственного характера, в последнее время привлекают к себе внимание врачей всех специальностей и решение данной проблемы требует полидисциплинарного подхода.



Рис. 1. Внешний вид ребенка до операции
Fig. 1. The appearance of the child before the operation

Клинический случай

В данной работе мы приводим клинический случай успешного лечения пациента с двумя видами назальной гетеротопии с интервалом в полтора года. Пациент Б. в возрасте 1 года первично поступил в детское отделение ФГБУ НМИЦО ФМБА России с жалобами (со слов матери) на образование в области спинки носа. Из анамнеза известно, что обратили внимание на образование на спинке носа ребенка с рождения, которое увеличивалось с его ростом. Наблюдался по месту жительства

у ЛОР-врача. Выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) мягких тканей носа, по данным которого выявлено кистозное образование в области спинки носа. Консервативное лечение – без положительного эффекта. Консультирован в поликлинике ФГБУ НМИЦО, где поставлен диагноз: «Новообразование спинки носа (дермоидная киста?)». Выполнена компьютерная томография ОНП, по заключению которого определяется образование в области спинки носа без деструкции костей носа.

При поступлении состояние ребенка удовлетворительное. При визуальном осмотре кожные покровы и видимые слизистые оболочки физиологической окраски. При проведении оториноларингологического осмотра: форма наружного носа изменена за счет образования в области спинки носа размерами 0,5x0,5 см, малоподвижное, плотное, безболезненное при пальпации (рис. 1). Слизистая оболочка полости носа бледно-розовая. Носовое дыхание не затруднено. Патологического отделяемого в носовых ходах нет. Нижние и средние носовые раковины не увеличены. Перегородка носа без значимых смещений. Область придаточных пазух носа не изменена, перкуссия и пальпация проекции ОНП безболезненная. По остальным ЛОР-органам без острой патологии. Перед госпитализацией выполнено полное комплексное обследование ребенка.

На основании клинико-инструментальных методов исследования пациенту был поставлен предварительный диагноз «Доброкачественное новообразование спинки носа».

Под эндотрахеальным наркозом (ЭТН) новообразование спинки носа удалено с применением видеозендоскопической техники. После предварительной обработки операционного поля

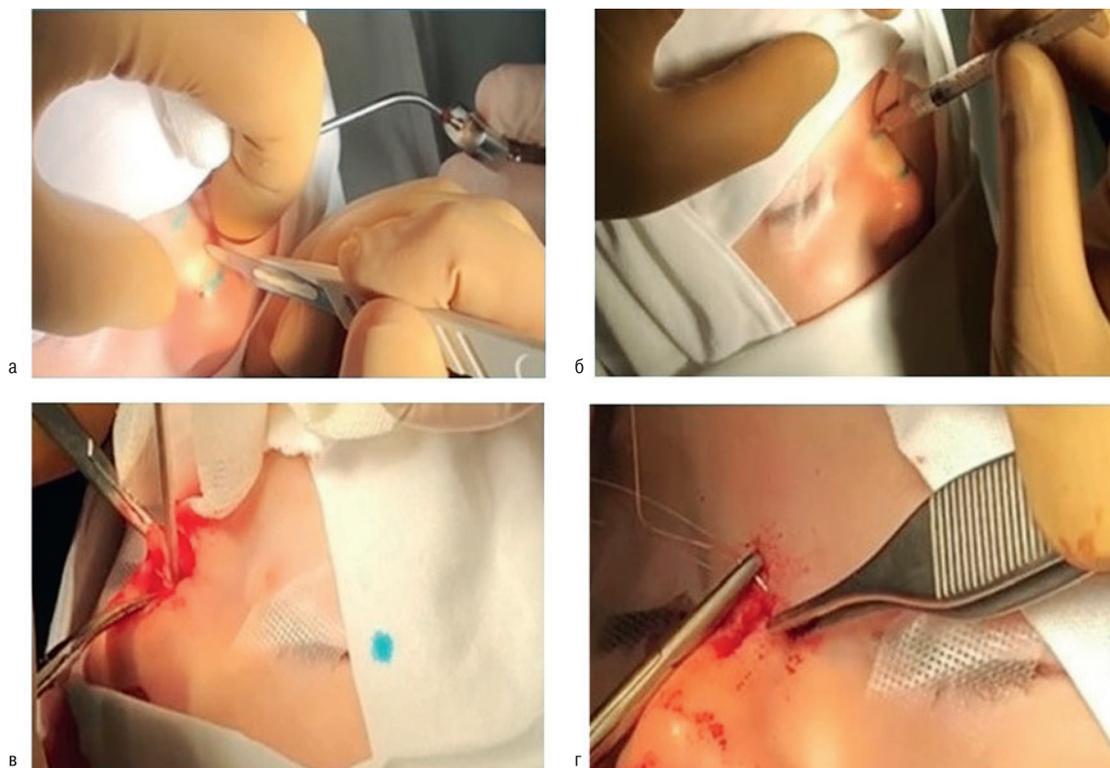


Рис. 2. Этапы операции

а – гидропрепарирование операционного поля 1% раствором Артикаина+NaCl, б – о-образный разрез по диаметру новообразования, в – отсепаровка и выделение образования спинки носа, г – ушивание послеоперационной раны.

Fig. 2. Stages of the operation

a – hydropreparation of the surgical field with 1% Articaine+NaCl solution, b – O-shaped incision along the diameter of the tumor, c – separation and isolation of the nasal dorsum mass, d – suturing of the postoperative wound.

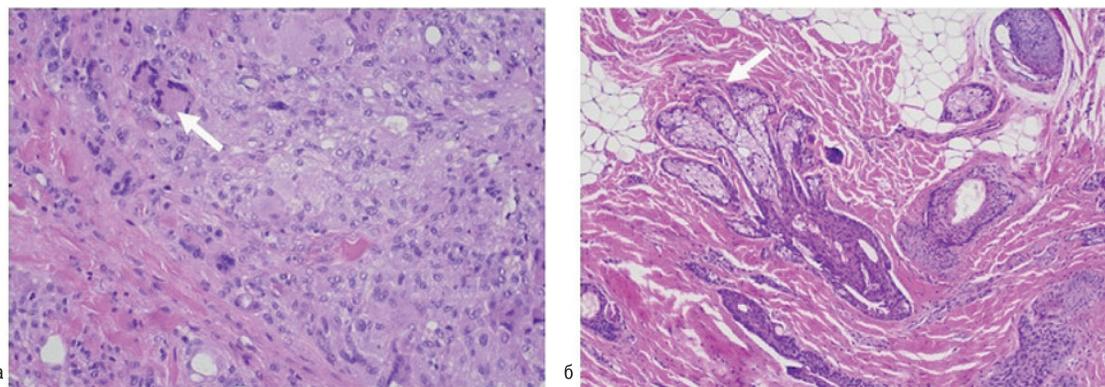


Рис. 3 Результат гистологического исследования после первого хирургического лечения

а – эпителиальная выстилка кисты отсутствует, замещена клетками макрофагально-гистиоцитарного ряда с наличием гигантских многоядерных клеток (стрелка). Окраска гематоксилином и эозином. Ув.: x 200; б – вокруг кисты определяются скопления гиперплазированных концевых отделов сальных желез (стрелка). Окраска гематоксилином и эозином. Ув.: x 200.

Fig. 3 The result of pathological examination after the first surgical intervention

а – epithelial lining of the cyst is absent, replaced by macrophage-histiocytic cells with the presence of giant multinucleated cells (arrow). Hematoxylin and eosin staining. Magnification: x 200; б – clusters of hyperplastic terminal parts of sebaceous glands are determined around the cyst (arrow). Hematoxylin and eosin staining. Magnification: x 200.

и гидропрепаровки 1% раствором Артикаина, разведенного с 0,9% NaCl в соотношении 1:1, был произведен вертикальный разрез по средней линии вдоль образования. Острым распатором отсепарованы мягкие ткани спинки носа. После отсепаровки визуализировалось округлое образование в плотной капсуле, спаянной с носовыми костями. Образование полностью отсепаровано и удалено (рис. 2). Установлен латексный дренаж. Наложены швы на послеоперационный разрез, асептическая повязка на спинку носа.

Послеоперационный период протекал без осложнений, дренаж удален на вторые сутки после операции, проводилась антибактериальная и симптоматическая терапия.

Результат гистологического заключения: материал представлен фрагментом мягких тканей с наличием кистозной поло-

сти totally выполненной лейкоцитарно-макрофагальной инфильтрацией с наличием гигантских многоядерных клеток, эпителиальная выстилка кисты не прослеживается (рис. 3а). Киста окружена придатками кожи (гиперплазированные сальные железы). Эпидермальная киста (рис. 3б).

Состояние при выписке удовлетворительное. Жалоб нет. Форма наружного носа не изменена. На спинке носа послеоперационный рубец. Скаты носа умеренно отечные, при пальпации и перкуссии безболезненные. Область придаточных пазух не изменена. Перкуссия и пальпация безболезненная. Слизистая оболочка полости носа розовая. Перегородка носа по средней линии. В носовых ходах отделяемого нет. Нижние носовые раковины не увеличены. Носовое дыхание свободное. По остальным ЛОР-органам без острой патологии.

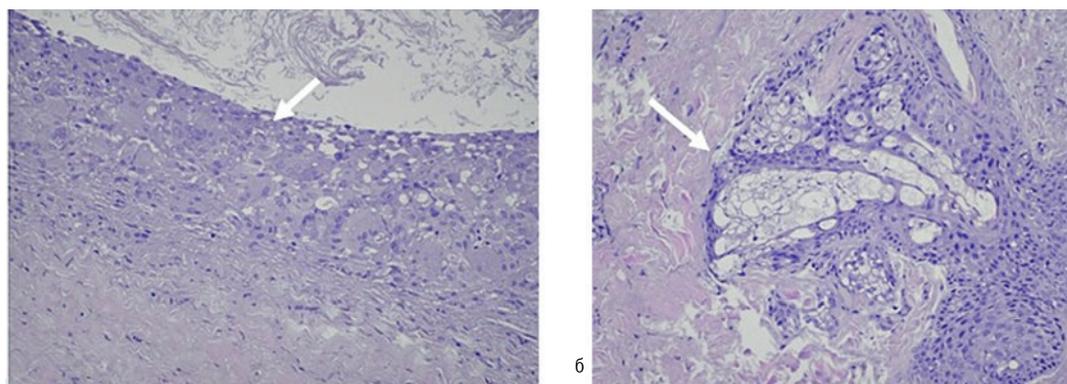


Рис. 4. Результат гистологического исследования после второго хирургического лечения

а – эпителиальная выстилка кисты отсутствует, замещена клетками макрофагально-гистиоцитарного ряда с наличием гигантских многоядерных клеток (стрелка), окраска гематоксилином и эозином. Ув.: x200; б – вокруг кисты определяются скопления гиперплазированных концевых отделов сальных желез (стрелка), окраска гематоксилином и эозином. Ув.: x200.

Fig. 4. The result of pathological examination after the second surgical intervention

а – epithelial lining of the cyst is absent, replaced by macrophage-histiocytic cells with the presence of giant multinucleated cells (arrow), hematoxylin and eosin staining. Magnification: x200; б – clusters of hyperplastic terminal parts of sebaceous glands are determined around the cyst (arrow), staining with hematoxylin and eosin. Magnification: x200.

При катанестическом наблюдении ребенка через полтора года после операции стало определяется округлое образование ниже послеоперационного рубца. По месту жительства выполнено УЗИ мягких тканей носа, по заключению которого, подкожно выявлялось жидкостное образование 0,3x0,5 см с мутным содержимым, изолированное. Данное образование было расценено, как рецидив эпидермальной кисты. При осмотре: форма наружного носа изменена за счет округлого образования в области спинки носа ниже послеоперационного рубца. Слизистая оболочка полости носа бледно-розовая. Носовое дыхание не затруднено. Патологического отделяемого в носовых ходах нет. Нижние и средние носовые раковины не увеличены. Перегородка носа без значимых смещений. Область придаточных пазух носа не изменена, перкуссия и пальпация проекции ОНП безболезненная. По остальным ЛОР-органам без острой патологии.

Под ЭТН образование спинки носа удалено. Этапы хирургического лечения выполнены аналогично первому вмешательству. Результат гистологического заключения: присланный материал представлен небольшим фрагментом кожи с наличием кистозной полости, эпителиальная выстилка отсутствует, представлена лимфомакрофагальной инфильтрацией с наличием гигантских многоядерных клеток (рис. 4а). Полость кисты выполнена детритными массами. Киста окружена придатками кожи (гиперплазированные сальные железы, волосяные фолликулы) (рис. 4б).

Послеоперационный период протекал без осложнений. Состояние при выписке удовлетворительное. Жалоб нет. Форма наружного носа изменена за счет послеоперационного рубца. Область придаточных пазух не изменена. Перкуссия и пальпация безболезненная. Слизистая оболочка полости носа розовая, незначительно отечная. Перегородка носа по средней линии. В носовых ходах слизистое отделяемое. Нижние носовые раковины не увеличены. Носовое дыхание свободное.

После выписки пациента наблюдали в течение двух лет.

Заключение

Врожденные назальные срединные гетеротопии встречаются не так часто, поэтому несвоевременная диагностика и лечение данной патологии могут привести к костным дефектам и интракраниальному распространению, сопровождающимися различными осложнениями (менингит и др.). Представленный клинический случай может быть полезен и интересен с точки зрения ведения таких пациентов. Врожденные назальные срединные гетеротопии могут быть морфологически различными у одного и того же пациента.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Ковыршин В.Н., Будилов Ю.К. Врожденные дермоидные кисты и свищи носа у детей. Врожденные аномалии уха, горла, носа и шеи у детей. Труды института. 1975;38(3):67–71. [Kovyrshin V.N., Budilov Ju.K. Congenital dermoid cysts and nasal fistulas in children. Congenital anomalies of the ear, throat, nose and neck in children. Trudy instituta. 1975;38(3):67–71 (In Russ.).]
2. Бойко З.С. К казуистике срединных свищей спинки носа. Вестник оториноларингологии. 1953;6:74–5. [Bojko Z.S. On the rarity of midline dorsal nasal fistulas. Vestnik Otorinolaringol. 1953;6:74–5 (In Russ.).]
3. Кручинина И.Л. О врожденных кистах и свищах носа у детей. Труды научно-исследоват. института уха, горла и носа. 1953;3:132–5. [Kruchinina I.L. On congenital nasal cysts and fistulas in children. Trudy Nauch.-Issledovat. Instit. Uha Gorla Nosa. 1953;3:132–5 (In Russ.).]
4. Маломуж Ф.Ф. К вопросу о срединных свищах и кистах носа. Труды научно-исследоват. института уха, горла и носа. 1954;4:55–9. [Malomuzh F.F. To the issue of median fistulas and nasal cysts. Trudy Nauch.-Issledovat. Instit. Uha Gorla Nosa. 1954;4:55–9 (In Russ.).]
5. Пятаева Г.Е. Множественные врожденные свищи носа. Вестн. оториноларингологии. 1967;4:87–8. [Pyataeva G.E. Multiple congenital nasal fistulas. Vestn. Otorinolaringol. 1967;4:87–8 (In Russ.).]
6. Кохно Н.И., Кохно Ю.В. Врожденные дермоидные кисты лица. Вестн. Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2018;13(1):164–8. [Kokhno N.I., Kokhno Y.V. Congenital Facial Dermoid Cysts. Bulletin of Pirogov National Medical & Surgical Center. 2018;13(1):164–8 (In Russ.).]
7. Котова Е.Н. Рецидивирующая дермоидная киста редкой локализации. Вестн. оториноларингологии. 2011;4:73–4. [Kotova E.N. Recurrent dermoid cyst of rare localization. Vestn. Otorinolaringol. 2011;4:73–4 (In Russ.).]
8. Шербатов И.И. Кисты и свищи носа и шеи. Вopr. оториноларингологии детского возраста. 1964;1:3–4. [Shherbatov I.I. Cysts and fistulas of the nose and neck. Vopr. Otorinolaringol. Detskogo Vozrasta. 1964;1:3–4 (In Russ.).]
9. Воячек В.И. Ринортоз. Л., 1963. 41 с. [Vojachek V.I. Rhinortosis. L., 1963. 41 p. (In Russ.).]
10. Ушаков И.С., Селескерова А.Ф. Дермоидная киста спинки носа. Здравоохранение Казахстана. 1972;9:70. [Ushakov I.S., Seleskerova A.F. Dermoid cyst of the nasal dorsum. Zdravoohranenie Kazahstana. 1972;9:70 (In Russ.).]
11. Молодцова Е.В., Юнусов А.С., Поляков Д.П. и др. Дермоидная киста носа у детей - особенности диагностики и лечения. Рос. ринология. 2022;30(4):288–93. [Molodtsova EV, Yunusov AS, Polyakov DP, Belavina PI, Molchanova EB, Ryazanskaya AG. Dermoid cyst of the nose in children — features of diagnosis and treatment. Russian Rhinology. 2022;30(4):288–293. (In Russ.)] <https://doi.org/10.17116/rostrino202230041288>.
12. Rahbar R., Shah P., Mulliken J.B., et al. The presentation and management of nasal dermoid: a 30-year experience. Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 2003;129:464–71. <https://doi.org/10.1001/archotol.129.4.464>.
13. Moses M.A., Green B.C., Cugno S., et al. The management of midline frontonasal dermoids: a review of 55 cases at a tertiary referral center and a protocol for treatment. Plast. Reconstr. Surg. 2015;135:187–96. <https://doi.org/10.1097/prs.0000000000000833>.
14. Hartley B.E., Eze N., Trozzi M., et al. C. Nasal dermoids in children: a proposal for a new classification based on 103 cases at Great Ormond Street Hospital. Int. J. Pediatr Otorhinolaryngol. 2015;79:18–22. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2014.10.020>.
15. Aryan H.E., Jandial R., Farin A., et al. Intradural cranial congenital dermal sinuses: diagnosis and management. Childs Nerv. Syst. 2006;22:243–7. <https://doi.org/10.1007/s00381-005-1182-9>.
16. Herrington H., Adil E., Moritz E., et al. Proctor et al. Update on current evaluation and management of pediatric nasal dermoid. Laryngoscope. 2016;126(9):2151–60.
17. Winterton R.I., Wilks D.J., Chumas P.D., et al. Surgical correction of midline nasal dermoid sinus cysts. J. Craniofac. Surg. 2010;21(2):295–300.
18. Pinheiro-Neto C.D., Snyderman C.H., Fernandez-Miranda J., Gardner P.A. Endoscopic endonasal surgery for nasal dermoids. Otolaryngol. Clin. 2011;44(4):981–7.

19. Naina P., Jonathan G.E., Prabhakar M., et al. Pediatric nasal dermoid - a decade's experience from a South Indian tertiary care centre. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2020;139:1–7.

Поступила 24.05.2024

Получены положительные рецензии 11.02.25

Принята в печать 26.02.25

Received 24.05.2024

Positive reviews received 11.02.25

Accepted 26.02.25

Вклад авторов. А.С. Юнусов, Е.В. Молодцова, И.В. Гелогоева – концепция и дизайн исследования, написание текста. А.С. Юнусов, Е.В. Молодцова, И.В. Гелогоева, Н.Г. Малюгин – сбор и обработка материала. А.С. Юнусов, Е.В. Молодцова – редактирование.

Contribution of the authors. A.S. Yunusov, E.V. Molodtsova, I.V. Gelogaeva – concept and design of the study, writing the text. A.S. Yunusov, E.V. Molodtsova, I.V. Gelogaeva, N.G. Malyugin – collection and processing of material. A.S. Yunusov, E.V. Molodtsova – editing.

Информация об авторах:

Юнусов Аднан Султанович – д.м.н., профессор, заместитель директора по детству ФГБУ «НМИЦО» ФМБА России. Адрес: 123182 Москва, Волоколамское шоссе, д. 30, корп. 2; тел.: 8 (985) 784-10-38; e-mail: doctoradnan@mail.ru. ORCID: 0000-0001-7864-5608, SCOPUS ID: 6603040201.
Молодцова Екатерина Викторовна – к.м.н., врач-оториноларинголог отделения детской оториноларингологии, ведущий научный сотрудник НКО детской ЛОР-патологии, ФГБУ «НМИЦО» ФМБА России. Адрес: 123182 Москва, Волоколамское шоссе, д. 30, корп. 2. ORCID 0000-0002-6785-3441

Гелогоева Иман Владимировна – врач-ординатор 2 года ФГБУ «НМИЦО» ФМБА России, Адрес: 123182 Москва, Волоколамское шоссе, д. 30, корп. 2. ORCID 0009-0004-5891-315X

Малюгин Никита Георгиевич – врач-педиатр, ООО «Медориа». Адрес: Республика Татарстан, с.п. Стародрожжановское, с. Старое Дрожжановское, ул. Мира, д. 6. ORCID 0000-0001-9854-0133

Information about the authors:

Adnan Sultanovich Yunusov – Doctor of Medical Sciences, Professor, Deputy Director for Childhood, FSBI The National Medical Research Center for Otorhinolaryngology of the Federal Medico-Biological Agency of Russia. Address: 30 Volokolamskoe shosse, bldg. 2, 123182 Moscow; tel: 8 (985) 784-10-38; e-mail: doctoradnan@mail.ru. ORCID: 0000-0001-7864-5608, SCOPUS ID: 6603040201.

Ekaterina Viktorovna Molodtsova – Candidate of Medical Sciences, Otorhinolaryngologist of the Department of Pediatric Otorhinolaryngology, Leading Researcher of the NPO of Pediatric ENT Diseases, FSBI The National Medical Research Center for Otorhinolaryngology of the Federal Medico-Biological Agency of Russia. Address: 30 Volokolamskoe shosse, bldg. 2, 123182 Moscow. ORCID 0000-0002-6785-3441.

Iman Vladimirovna Gelogaeva – Resident Physician fo the 2d year, FSBI The National Medical Research Center for Otorhinolaryngology of the Federal Medico-Biological Agency of Russia. Address: 30 Volokolamskoe shosse, bldg. 2, 123182 Moscow. ORCID 0009-0004-5891-315X

Nikita Georgievich Malyugin - Pediatrician, Medoria LLC. Address: 6 Mira str., Staroye Drozhzhanovskoye settlement, Republic of Tatarstan, Russia. ORCID 0000-0001-9854-0133