

МАСКИ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА

MASKS OF POLYPOUS RHINOSINUSITIS

Пестова Р.М.^{1,2}
Савельева Е.Е.¹
Шарипов Р.А.^{2,1}
Богоманова Д.Н.¹

Pestova RM^{1,2}
Saveljeva EE¹
Sharipov RA^{2,1}
Bogomanova DN¹

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ГБУЗ «Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова», г. Уфа

¹Bashkir State Medical University

²The Republican Clinical Hospital n.a. G.G. Kuvatov (Ufa)

Полипозный риносинусит — хроническое заболевание слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, которое характеризуется рецидивирующим ростом полипов. Распространенность полипозного риносинусита составляет от 1% до 5%. В нашей клинике по данным 2017 года больные с полипозным риносинуситом составили 13% всех пролеченных больных. Полипозный риносинусит может быть самостоятельным заболеванием и проявлением других болезней.

Цель — представить наблюдение из практики, интересное тем, что под маской полипозного риносинусита скрывалось два самостоятельных заболевания.

Результаты. Строгое выполнение диагностического алгоритма, современных принципов функциональной хирургии околоносовых пазух привели к выздоровлению пациентки.

Ключевые слова: полипозный риносинусит, полипы, муцин, аллергический грибковый риносинусит, грибковое тело.

Polypous rhinosinusitis is a chronic disease of the nasal mucosa and paranasal sinuses, which is characterized by recurrent growth of nasal polyps. This disease is found in 1–5% of the population. According to the data of 2017, patients with nasal polypous rhinosinusitis account for 13% of all patients treated in our clinic. Polypous rhinosinusitis can be either an independent disease or a manifestation of other diseases.

Aim — to present a case from practice, which is interesting due to the fact that two independent diseases were hiding under the mask of polypous rhinosinusitis.

Results. Strict administration of the diagnostic algorithm, modern principles of functional surgery of the paranasal sinuses led to the recovery of the patient.

Keywords: polypous rhinosinusitis, nasal polyps, mucin, allergic fungal sinusitis, fungal ball.

■ ВВЕДЕНИЕ

По данным кафедры оториноларингологии БГМУ и ЛОР-отделения РКБ им. Г.Г. Куватова г. Уфы, из 1619 пролеченных пациентов в 2017 году основную группу составили больные с патологией носа и околоносовых пазух — 947 пациента, что составило 58,5%, при этом полипозный риносинусит (ПРС) составил 13% (n=209) случаев всей ЛОР-патологии.

Существует несколько теорий патогенеза ПРС: бактериальная, грибковая, вирусная теории, теории эозинофильного воспаления, нарушения метаболизма арахидоновой кислоты, теория генетической предрасположенности и другие [1]. В соответствии с современной международной классификацией хронический риносинусит разделяют на хронический риносинусит без полипов (chronic rhinosinusitis without nasal polyps — CRSsNP) и хронический риносинусит с полипами (chronic rhinosinusitis with nasal polyps — CRSwNP) [2].

Примерно в 36% случаев назальные полипы встречаются у пациентов с непереносимостью аспирина, в 7% у больных бронхиальной астмой, а в 20% случаев у па-

циентов с муковисцидозом [3]. Частота встречаемости полипов при аллергическом грибковом риносинусите (АГР) составляет примерно 85% [3].

Впервые АГР был описан в 1981 году. В 1994 году Vent и Kuhn опубликовали свои большие и малые диагностические критерии. Большие критерии: реакция гиперчувствительности I типа, положительные кожные тесты; наличие полипов в полости носа; облаковидные участки высокой плотности по результатам компьютерной томографии носа и ОНП; наличие эозинофильного муцина; наличие гифов грибов. Второстепенные критерии: присутствие в анамнезе бронхиальной астмы, одностороннее поражение пазух, особенно в начале заболевания; рентгенологические данные с эрозией костей; наличие кристаллов Шарко—Лейдена в хирургических образцах и эозинофилия в сыворотке крови [4]. В 1983 году была выделена форма синусита, гистологически сходная с АГР, за исключением отсутствия грибных гиф, названная «эозинофильный муцинозный риносинусит» ("eosinophilic mucin rhinosinusitis (EMRS)") [5, 6]. АГР относится к хроническим неинвазивным

грибковым риносинуситам (ХНГРС). К этой же группе микозов относится и мицетома (грибковое тело), основными методами диагностики которой является КТ носа и ОНП. По данным К.Т. Montone с соавт. (2012 г.), из 400 пациентов с грибковыми риносинуситами 87,25% составили больные неинвазивной формой, из них 2% — случаи комбинированного поражения (АГР + мицетома) [7].

■ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка Н., 31 год. Поступила на стационарное лечение с диагнозом, установленным в поликлинике по месту жительства, — «правосторонний хронический гнойно-полипозный риносинусит, обострение, грибковое тело правой верхнечелюстной пазухи».

Жалобы при поступлении: заложенность правой половины носа, боль в правой половине головы. Из анамнеза известно, что заложенность носа справа беспокоила три месяца, в то время как головная боль — две недели. Пациентка не лечилась. Со слов пациентки, она лечила зубы верхней челюсти справа 5 лет назад. Из перенесенных заболеваний отмечает острые респираторные заболевания.

При поступлении общее состояние пациентки удовлетворительное. Сознание ясное. Ожирение II степени. Температура тела 36,6°C. Кожный покров обычной окраски, физиологической влажности. Частота дыхания 16 в минуту. Носовое дыхание затруднено справа. При передней риноскопии справа слизистая носа отечная, розовая. Перегородка носа по средней линии. При эндоскопическом исследовании полости носа справа выявлены выраженная отечность и гиперемия слизистой сфеноэтмоидального пространства с симптомом смыкающихся стенок, полипы; гнойная дорожка, спускающаяся из среднего носового хода над задним концом нижней носовой раковины и вдоль устья слуховой трубы. Слизистая правой нижней носовой раковины отечная. В левой половине носа слизистая носа розовая, носовые ходы свободные. Другие ЛОР-органы без видимой патологии.

Общий анализ крови: эритроциты $5,11 \times 10^{12}/л$, тромбоциты $327 \times 10^9/л$, гемоглобин 116 г/л, лейкоциты $7,4 \times 10^9/л$, лимфоциты 33%, моноциты 9%, гранулоциты 47%, эозинофилы 10%, базофилы 1%, СОЭ 5 мм/ч.

Компьютерная томограмма носа и околоносовых пазух (КТ носа и ОНП): пристеночный отек слизистой в правой верхнечелюстной пазухе, инородное тело высокой плотности неправильной формы и гиперостоз стенок пазухи. Справа задние клетки решетчатого лабиринта тотально заполнены мягко-жидкостным компонентом, в клиновидной пазухе уровень жидкости. Таким образом, по данным КТ носа и ОНП, была картина, характерная для мицетомы. Однако мы обратили внимание, что, несмотря на отсутствие в анамнезе аллергических реакций, у пациентки отмечалась эозинофилия (эозинофилов 10%), что было нехарактерно для бактериального процесса и грибкового тела.

Пациентке была выполнена правосторонняя функциональная эндоскопическая синусотомия. Операционные находки: грибковое тело, полипозно-измененная

слизистая и гнойное содержимое в правой верхнечелюстной пазухе, а также вязкий, липкий и тягучий муцин и полипозная ткань в задних решетчатых клетках, клиновидной пазухе и верхнем носовом ходе.

Интраоперационно были взяты мазки-отпечатки из решетчатого лабиринта для изучения клеточного состава и бактериологического исследования; удаленный материал отправлен на гистологическую верификацию.

Патогистологическое исследование. Препарат №1: слизистые массы с наличием кокковой флоры, лейкоцитов, эозинофилов, наличие образований, характерных для мицелия гриба. Слизистая пазухи без покровного эпителия, меньшую часть занимают мелкие железистые структуры. В строме обилие эозинофилов (почти сплошь), лимфоидные клетки и сформированные лимфоидные фолликулы. Препарат № 2: над слизистой пазухи — некротические массы, слизь. Покровный эпителий пазухи призматический с ядрами на разных уровнях, с наличием ПМЯ-лейкоцитов, участками десквамации. Под базальной мембраной железистые расширенные структуры, в строме диффузный инфильтрат из плазматических клеток и лимфоидных клеток, единичные лейкоциты.

Со среды обогащения был выделен *Staphylococcus aureus*, чувствительный к бензилпенициллину, гентамицину, левофлоксацину, левомицетину, линезолиду и клиндамицину и устойчивый к доксициклину, эритромицину и рифампицину. При прямой бактериоскопии и микробиологическом исследовании мазка из решетчатого лабиринта грибы не обнаружены.

Риноцитограмма мазка-отпечатка из правой клиновидной пазухи показала повышение абсолютного числа клеток в мазке — 305 клеток, повышенные значения нейтрофилов — 65%, сниженные значения цилиндрического эпителия — 20% по отношению к норме; были обнаружены кокки (кокки+). Заключение: нейтрофильный тип риноцитограммы за счет повышенного содержания нейтрофилов (активация фагоцитарного звена). Имеются признаки активации бактериальной флоры.

Медикаментозное лечение соответствовало стандарту специализированной медицинской помощи при хроническом синусите: обезболивание в день операции, однократное введение защищенного пенициллина с целью профилактики послеоперационных осложнений, противоотечная терапия, туалет полости носа [8].

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Сложность данного случая заключается в том, что в клинической практике под маской ПРС встретилось редкое сочетание двух неинвазивных форм грибкового синусита: аллергический грибковый риносинусит, в пользу которого были эозинофилия, назальные полипы, вязкий муцин, мицелии гриба, и мицетома с характерной КТ-картиной: образование высокой плотности с неровными контурами и гиперостоз костных стенок пораженной пазухи. Функциональная хирургия околоносовых пазух и постоянный послеоперационный контроль в раннем и позднем послеоперационном периодах

привели к выздоровлению пациентки и отсутствию рецидивов заболевания.

■ ВЫВОД

Клинические особенности различных форм риносинусита и строгое выполнение диагностического алгоритма, включающего обязательное эндоскопи-

ческое исследование полости носа, КТ ОНП и дополнительные лабораторные исследования (риноцитогамма, бактериологическое и гистологическое исследование), выявляют редкое сочетание двух форм неинвазивного грибкового риносинусита, что позволяет выбрать правильную тактику лечения пациента. ■

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Пискунов Г.З. Полипозный риносинусит. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. [Piskunov GZ. Polipoznyy rinosinusit. M.: GEOTAR-Media; 2016. (In Russ.).]
2. Клинические рекомендации. Полипозный риносинусит. 2016 г. Доступно по: <http://glav-otolar.ru/assets/images/docs/clinical-recomendatsii>. Ссылка активна на 21.01.2018. [Klinicheskie rekomendatsii. Polipoznyy rinosinusit. 2016. Available at: <http://glavotolar.ru/assets/images/docs/clinical-recommendation> (In Russ.). Accessed January 21, 2018].
3. Guy A. Settipane. Epidemiology of Nasal Polyps. Nasal polyps: epidemiology, pathogenesis and treatment. *Ocean Side Publications, Inc.* Providence, Rhode Island; 1997:17—24.
4. Daniel Glass, Ronald G. Amedee. Allergic Fungal Rhinosinusitis: A Review. *The Ochsner Journal*. 2011; 11(3):271—275.
5. Ferguson BJ. Eosinophilic mucin rhinosinusitis: a distinct clinicopathological entity. Doi:10.1097/00005537-200005000-

00010 PMID:10807359 Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10807359#> Accessed January 21, 2018.

6. Ponikau JU, Sherris DA, Kern EB et al. The diagnosis and incidence of allergic fungal sinusitis. *Mayo Clinic Proceedings*. 1999;74(9):877—884.
7. Montone Kathleen T., Livolsi Virginia A., Feldman Michael D et al. Fungal Rhinosinusitis: A Retrospective Microbiologic and Pathologic Review of 400 Patients at a Single University Medical Center. *International Journal of Otolaryngology*. Volume 2012, Article ID 684835, 9 pages. doi: 10.1155/2012/684835. Available at: <https://www.hindawi.com/journals/ijoto/2012/684835/> Accessed January 21, 2018.
8. Дементьев А.С., Журавлева Н.И., Кочетков С.Ю., Чепанова Е.Ю. Оториноларингология. Стандарты медицинской помощи. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. [Dementjeva AS, Zhuravleva NI, Kochetkov SYu, Chepanova EYu. Otorinolaringologiya. Standarty meditsinskoj pomoshchi. M.: GEOTAR-Media, 2016. (In Russ.).]

■ Участие авторов

Концепция и дизайн исследования, написание текста: Пестова Р.М., Савельева Е.Е.

Сбор и обработка материала: Пестова Р.М.

Редактирование: Шарипов Р.А., Богоманова Д.Н.

Конфликт интересов отсутствует.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Пестова Р.М. — ассистент кафедры оториноларингологии с курсом ИДПО БГМУ, врач-оториноларинголог отделения оториноларингологии РКБ им. Г.Г. Куватова.
E-mail: aisha_prm@mail.ru

Савельева Е.Е. — д.м.н., доцент, зав. кафедрой оториноларингологии с курсом ИДПО БГМУ.
E-mail: surdolog@yandex.ru

Шарипов Р.А. — к.м.н., зав. отделением оториноларингологии РКБ им. Г.Г. Куватова (г. Уфа).

Богоманова Д.Н. — к.м.н., доцент кафедры оториноларингологии с курсом ИДПО БГМУ.
E-mail: dnbogomanova@gmail.com

INFORMATION ABOUT AUTHORS

Pestova RM — assistant of the Department of Otorhinolaryngology with IPE course, Bashkir State Medical University.
E-mail: aisha_prm@mail.ru

Saveljeva EE — PhD, Associate Professor, head of the Department of Otorhinolaryngology with IPE course, Bashkir State Medical University.
E-mail: surdolog@yandex.ru

Sharipov RA — PhD, head of the Department of Otorhinolaryngology of the Republican Clinical Hospital n.a. G.G. Kuvatov (Ufa).

Bogomanova DN — PhD, associate professor of the Department of Otorhinolaryngology with IPE course, Bashkir State Medical University.
E-mail: dnbogomanova@gmail.com

■ Контактная информация

Пестова Римма Маратовна

Адрес: кафедра оториноларингологии с курсом ИДПО БГМУ, ул. Ленина, 3, г. Уфа, Россия, 450000.
Тел.: +7 (927) 308 37 85.
E-mail: aisha_prm@mail.ru

■ Contact information

Pestova Rimma Maratovna

Address: Department of Otorhinolaryngology with IPE course of Bashkir State Medical University, 3 Lenina st., Ufa, Russia, 450000.
Phone: +7 (927) 308 37 85.
E-mail: aisha_prm@mail.ru