

РИНОСПОРИДИОЗ ПОЛОСТИ НОСА (НАБЛЮДЕНИЕ ДВУХ СЛУЧАЕВ)

¹Редько Д.Д. (аспирант)*, ¹Шляга И.Д. (зав. кафедрой), ²Новикова Н.Н. (врач-патологоанатом), ³Грибач А.Л. (врач-ординатор)

¹УО «Гомельский государственный медицинский университет» (кафедра оториноларингологии с курсом офтальмологии); ²Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро; ³Учреждение «Гомельская областная детская клиническая больница», Гомель, Беларусь

© Коллектив авторов, 2009

В статье представлен краткий обзор литературы по проблеме риноспоридиоза. Описаны два случая этого инфекционного заболевания, не характерного для нашего региона. Отмечены клинические и морфологические особенности риноспоридиоза полости носа.

Ключевые слова: новообразование полости носа, полипоз носа, риноспоридиоз

RHINOSPORIDIOSIS OF NOSE CAVITY: A REPORT ABOUT TWO CASES

¹Redko D.D. (postgraduate student), ¹Shlyaga I.D. (the chief of a chair), ²Novikova N.N. (pathoanatomist), ³Gribach A.L. (staff physician)

¹Gomel State Medical University (the chair of otorhinolaryngology with a course of ophthalmology); ²Gomel Region Clinical department of pathology anatomy; ³Gomel Region Childhood Clinical Hospital, Gomel, Belarus

© Collective of authors, 2009

We describe two cases of this infectious disease, which is not characteristic for our region. Clinical and morphological differences of nose rhinosporidiosis have been noted.

Key words: nasal polypoidal mass, rhinosporidiosis, tumor of nose cavity

Риноспоридиоз — редкое хроническое гранулематозное инфекционное заболевание слизистых оболочек с преимущественным поражением верхних дыхательных путей. Первое сообщение о данной патологии сделал в Malbran в Аргентине (1892 г.). G. Seeber (1900 г.) детально описал возбудителя — *Rhinosporidium seeberi* [1, 2]. В настоящее время вопрос принадлежности возбудителя к грибам или простейшим остается дискуссионным [3, 4]. *R. seeberi* обитает в непроточных водоемах, чаще встречается в теплых странах Юго-Восточной Азии. Эндемичными районами являются Индия и Шри-Ланка, где распространённость риноспоридиоза достигает 1%, примерно 90% описанных случаев приходится именно на эти страны. Единичные случаи зарегистрированы в Африке, США, Европе и на территории бывшего СССР [1, 4].

Фактор риска заражения — контакт с водой рек и озер в эндемичном районе. Известно, что риноспоридиозом могут быть инфицированы рыбы, земноводные, крупный рогатый скот [1, 5]. По всей вероятности, возбудитель попадает в организм человека через поврежденные слизистые оболочки, прежде всего — носа. Заболевание развивается у иммунокомпетентных людей в возрасте 11–40 лет, при этом мужчины болеют чаще, чем женщины. Наиболее часто (70%) поражаются слизистые оболочки носа и околоносовых пазух (ОНП), реже — глаз (15%), влагалища, уретры и полового члена (8%). Кожа в патологический процесс вовлекается редко. Клинически чаще риноспоридиоз проявляется в виде безболезненных полипозных васкуляризированных разрастаний на слизистой оболочке носа (иногда — на ножке), обтурирующих носовые ходы, покрытых вязкими, тягучими слизистыми массами [3, 6, 7]. Висцеральные и генерализованные формы встречаются очень редко [1, 3].

Диагностика основана на выявлении возбудителя при гистологическом исследовании материала из очага поражения, так как культивировать возбудителя *in vitro* не удается, а серологические методы не разработаны [3, 8]. В гистологических препаратах определяют большое количество возбудителя на разных стадиях созревания: крупные сферулы размером до 250–350 мкм, нагруженные базофильными овальными спорами, отдельно разбросанные споры и трофоциты из разорвавшихся сферул, окруженные клетками воспаления. *R. seeberi* хорошо виден при обычной окраске гематоксилином и эозином. Как зрелые «спорангии», так и споры окрашивают PAS-методом, по Гридли и импрегнируют по Гомори-Гроккотту. В окружающих тканях развивается продуктивное воспаление, грануляции, изредка — очаги некроза [2, 9]. Дифференциальную диагностику проводят с микромицетами: *Coccidioides immitis* и *Emmonsia crescens*, также способными образовывать гигантские сферулы в тканях.

Единственным эффективным методом лечения является хирургическое удаление патологически изме-

* Контактное лицо: Редько Дмитрий Дмитриевич
Тел.: (0232) 47-04-94

ненных тканей с электро- или лазерофотокоагуляцией основания полипозных разрастаний [3, 7, 10, 11]. Оптимальный вариант этиотропной терапии риноспориоза не разработан, спорными остаются результаты применения антифунгальных и антипротозойных препаратов [7]. Индийские авторы указывают на эффективность Амфотерицина В в послеоперационном периоде для профилактики рецидива, особенно — при поражении слизистых оболочек полости носа и ОНП, когда технически сложно полностью удалить вовлеченные в патологический процесс ткани [6]. Прогноз для жизни пациента удовлетворительный. При отсутствии лечения риноспориоз протекает длительно, десятилетиями, но возможно присоединение вторичной инфекции, сочетание с опухолями [1].

Поскольку риноспориоз встречается крайне редко, а в Республике Беларусь случаи заболевания не описаны, представляет интерес следующие два клинических наблюдения.

Клинический случай №1. Пациент К., 45 лет, поступил в ЛОР-клинику Гомельского госмедуниверситета 09.02.09 г. с жалобами на затруднение носового дыхания, образование сухих гнойных корок в носу. Длительность заболевания — более 7 лет, за медицинской помощью не обращался. Длительное время (более 10 лет) находился в местах лишения свободы в Кемеровской области Российской Федерации, где регулярно купался в затопленном карьере. Из перенесенных ранее заболеваний — туберкулез позвоночника в 2007 г., неоднократные травмы челюстно-лицевой области и носа. Последние 2 месяца отмечает ухудшение самочувствия: присоединение тупой, ноющей боли в проекции правой верхнечелюстной пазухи (ВЧП), припухлость мягких тканей правой щеки, слезотечение справа. В январе 2009 г. пациент К. обратился к оториноларингологу районной поликлиники. Учитывая анамнестические данные, пациент был направлен к фтизиатру с целью исключения туберкулезного процесса в полости носа и ОНП. Произведена биопсия новообразования полости носа справа. Микроскопическое описание биопсийного материала: среди гнойно-некротических масс видны многочисленные, разной величины, сферические образования с хитиновыми двухконтурными оболочками и эндоспорами. Гистологическое заключение: риноспориоз. Для дальнейшего лечения больной направлен в ЛОР-клинику. При поступлении общее состояние пациента удовлетворительное. При осмотре отмечали асимметрию лица за счет припухлости мягких тканей в проекции правой ВЧП, бокового ската и крыла носа (Рис. 1).



Рис. 1. Внешний вид пациента К. (асимметрия лица за счет инфильтрации правой щеки и крыла носа, в преддверии носа грануляции, геморрагические корки)

При пальпации данная область болезненна. Полость носа obturирована большим количеством сухих, гнойно-геморрагических корок, со специфическим сладковатым запахом. После удаления корок при эндоскопическом исследовании обнаружили грануляционные васкуляризованные разрастания, больше — в правой половине носа, с распространением на правую ВЧП с дефектами латеральной стенки полости носа, решетчатого лабиринта справа и хрящевого отдела носовой перегородки. При компьютерной томографии ОНП и лицевого черепа обнаружили, что правая ВЧП субтотально заполнена мягкотканым образованием, а также выявили локальную деструкцию верхней и медиальной стенок правой ВЧП. Ретробульбарная клетчатка не изменена. Пристеночно заполнена правая половина носа, клетки решетчатого лабиринта. Мягкие ткани носа и щечной области справа утолщены (Рис.2).

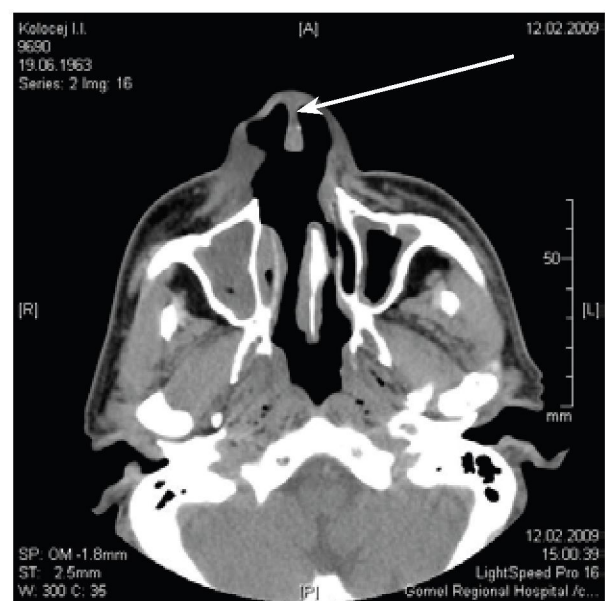


Рис. 2. Компьютерная томография лицевого черепа пациента К. (аксиальная проекция); стрелкой обозначен дефект хрящевого отдела перегородки носа.

Из лабораторных показателей изменения выявили в общем анализе крови: ускорение СОЭ — 20 мм/час, сегментоядерные нейтрофилы — 39, лимфоциты — 47, остальные показатели в пределах нормы. В иммунограмме значимых изменений не выявили. Серологическое исследование на маркеры вирусных гепатитов HBsAg/HCV-tot- положительная реакция, ИФА ВИЧ — отрицательная. Результат микробиологического исследования из носа: выделен *S. aureus* — 10^7 , чувствительный к эритромицину, клиндамицину, ванкомицину, левофлоксацину, нитрофурану, оксациллину, рифампицину. При обследовании других органов и систем патологии не выявили.

Выставлен предварительный диагноз: Риноспоридиоз полости носа. Новообразование правой ВЧП?

11.02.09 г. произведена повторная биопсия из полости носа. Гистологическое заключение: картина гнойно-некротического ринита, наблюдаемая при гранулематозе Вегенера.

17.02.09 г. пациенту проведена радикальная операция на правой ВЧП по Калдвелл-Люку. Через переднюю стенку вскрыта правая ВЧП. Обнаружено: пазуха тотально заполнена полипозно-измененной слизистой оболочкой и грануляционной тканью, дефект медиальной стенки пазухи на уровне среднего носового хода до 1,5 см; задние клетки решетчатого лабиринта справа частично разрушены, слизистая оболочка полипозно изменена. При вскрытии передних и задних клеток решетчатого лабиринта удалено все патологическое образование и отправлено на гистологическое исследование. В послеоперационном периоде пациент получал раствор амфотерицина В внутривенно капельно в дозе 1 мг/кг веса в течение 5 дней. На фоне лечения больной отмечал улучшение самочувствия: боль и отечность в области правой щеки уменьшились, носовое дыхание улучшилось. Гистологическое заключение интраоперационного материала из правой ВЧП: морфологическая картина злокачественного образования (лимфома?). Был произведен пересмотр микропрепаратов и обсуждение этого случая 26.02.09 г. на заседании областного патологоанатомического консультативного совета, поставлено заключение — «риноспоридиоз». Для верификации злокачественного образования необходимо иммуногистохимическое исследование в условиях онкодиспансера. В дальнейшем подтвердилось заключение «Т-клеточная лимфома». Для консультации и определения дальнейшей тактики лечения пациент К. направлен в Гомельский областной клинический онкологический диспансер.

Клинический пример №2. Пациент К., 13 лет, поступил в ЛОР-отделение Гомельской областной детской клинической больницы 09.06.09 г. в плановом порядке с жалобами на резкое затруднение носового дыхания слева, наличие образования в левой половине полости носа, выпадающее при форсированном выдохе. Из анамнеза известно, что прогрессирующее нарушение носового дыхания беспокоит около 2,5 месяцев, был эпизод необильного носового крово-

течения слева. Наследственный и аллергоанамнез неотягощен. Проживает в сельской местности (за пределы республики не выезжал), где в течение летних месяцев регулярно купался в непроточном водоеме, служащем местом водопоя крупного рогатого скота. Пациент направлен районным оториноларингологом для оперативного лечения с диагнозом «кровооточающий полип носовой перегородки». Объективно при осмотре — общее состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов патологии не выявили. При передней риноскопии: общий носовой ход слева полностью obturирован образованием плотной консистенции, багрового цвета, мелкозернистой поверхности, исходящее на тонкой ножке из передней трети перегородки носа, подвижное, безболезненное. Остальные ЛОР органы без патологии. В лабораторных анализах крови и мочи отклонений не выявили. При микробиологическом исследовании (мазок из носа) — рост микрофлоры не получен. Выполнена компьютерная томография лицевого черепа (Рис. 3): в полости носа слева обнаружено мягкотканое образование, obturирующее просвет. ОНП пневматизированы, лицевой скелет — без видимых изменений, объемных образований в области орбит не выявили. Выставлен предварительный диагноз — «новообразование полости носа слева».

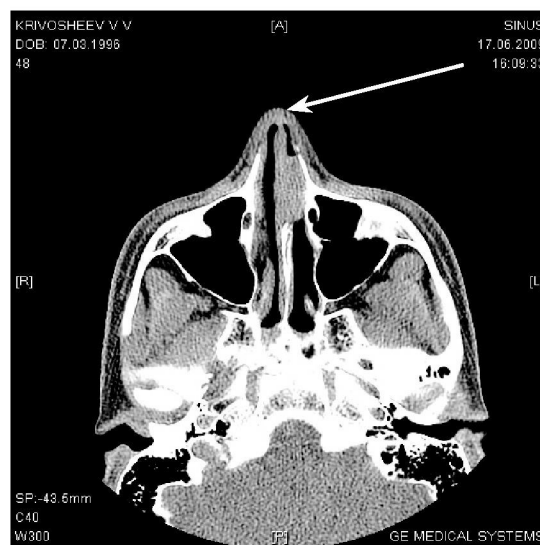
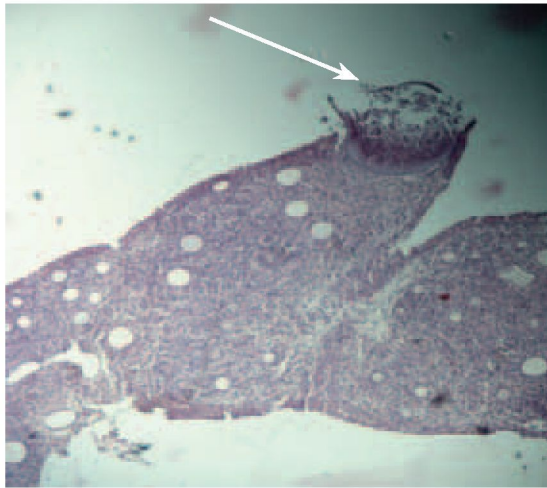
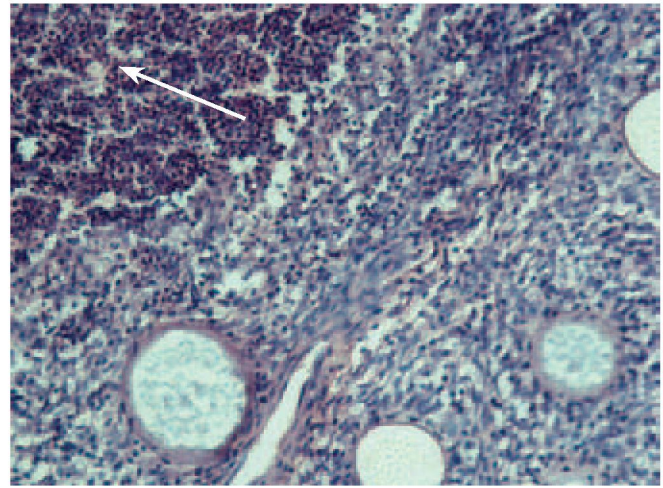


Рис. 3. КТ лицевого черепа пациента К. (аксиальная проекция). Мягкотканое образование в полости носа (указано стрелкой)

18.06.09 г. под местной анестезией было проведено удаление новообразования полости носа слева с электрокоагуляцией места прикрепления в хрящевом отделе перегородки носа. Операционный материал в полном объеме доставлен на гистологическое исследование. Микроскопическое описание: фиброваскулярная строма полипов с выраженной хронической гнойной воспалительной инфильтрацией, представленной лимфоцитами, плазмócитами, единичными эозинофилами, лейкоцитами, с единичными гигантскими клетками типа Пирогова-Лангханса. В строме диффузно, очагово с наложением расположены множественные псевдоцисты, содержащие



А



Б

Рис. 4. Гистологическая картина риноспоридиоза (окраска гематоксилин-эозин):

А. Вскрывшийся спорангий, освобождающий огромное количество спор (указано стрелкой). Увеличение 40.

Б. Формирующийся микроабсцесс (указано стрелкой). Увеличение 200

спорангии на разных стадиях созревания. Размеры спорангиев варьируют от 7 до 300 мкм. Вокруг спорангиев наблюдали тонкую одно- и двухконтурную оболочку, зернистую цитоплазму. Поверхностно в толще эпителия лежит созревший и вскрывшийся спорангий, освобождающая огромное количество спор (рис. 4а). Выявили множественные формирующиеся микроабсцессы (рис. 4б). Респираторный эпителий с диффузной лимфо-лейкоцитарной инфильтрацией, очагово эрозирован и истончен. Заключение: риноспоридиоз.

Послеоперационный период протекал без особенностей, носовое дыхание восстановлено. Медикаментозного лечения пациент не получал. Выписан под наблюдение ЛОР врача по месту жительства с заключительным диагнозом «риноспоридиоз полости носа слева». 29.07.09 г. был проконсультирован иммунологом, поставлено заключение: угнетение Т-цитотоксического звена иммунитета, рекомен-

дован прием ликопада по схеме. При контрольном осмотре через 2 месяца – мальчик жалоб не предъявлял, носовое дыхание свободное, риноскопическая картина в норме.

В заключение необходимо сказать, что первое наблюдение примечательно не только случаем редкого для данной местности заболевания – риноспоридиоза, но и развитием на фоне хронического продуктивного воспаления злокачественного новообразования – Т-клеточной лимфомы. Заражение пациентов в обоих случаях произошло, возможно, при купании в непроточном водоеме. При раннем обращении (как во втором случае) заболевание имеет благоприятный прогноз, так как пациент полностью излечивается при операции. Необходимо помнить о возможности возникновения риноспоридиоза и в нашем географическом регионе, что, возможно, связано с расширением ареала обитания возбудителя на фоне глобального потепления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кашкин П.Н., Шеклаков Н.Д. Руководство по медицинской микологии. – М., 1978. – С.264-266.
2. Sukhanand N.J., Ramashandra Rao P.V., Sukhanand N.J. Rhinosporidiosis// Current opinion in otolaryngology and head and neck surgery.- 1998.- №6.- P182-85.
3. Климко Н.Н. Микозы: диагностика и лечение: руководство для врачей. – М., 2007. – С.310-311.
4. Kahn A.A., Khalegue K.A., Nuda M.N. Rhinosporidiosis of the nose// J. Laryngol. Otol. – 1969. – №83. – P461.
5. John C. Rhinosporidiosis: another turn of events. An aquatic parasite, not a cyanobacterium //Advances in anatomic pathology.- 2001.- Vol.8, №2.- P117.
6. Shyamal K.D. Fundamentals of ear, nose and throat and head-neck surgery (8th edition). – Kolkata, 2008. – P.167-168.
7. Nair A.B. Endoscopic removal of naso-oropharyngeal rhinosporidiosis: a report // The Internet J. of Otorhinolaryngol.- 2009. – Vol. 9, № 2.
8. Sarnath Nanda A. Rhinosporidiosis: what is the cause?// Current opinion in Infectious disease.- 2005.- Vol.18, №2.- P.113.
9. Хмельницкий О.К. Гистологическая диагностика поверхностных и глубоких микозов. Л.: Медицина. – 1973.
10. Ghosh A. Rhinosporidiosis-unsual presentations// Indian J. Otolaryngol. Head Neck Surg.- 2008. – №60.- P.159-62.
11. Wong R., Strome M. Infectious granulomatous diseases of the head and neck // Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery — 1994.- №2.- P.281-90.

Поступила в редакцию журнала 23.09.09

Рецензент: Н.П.Елинов

