

# Инородное тело полости носа: клиническое наблюдение

**К.В. ЕРЕМЕЕВА, Л.П. БАДАЛЯН**

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет): 119991, Россия, г. Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2

## Информация об авторах:

**Еремеева Ксения Владимировна** – к.м.н., доцент кафедры болезней уха, горла и носа Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет); e-mail: [eremeeva\\_ks@mail.ru](mailto:eremeeva_ks@mail.ru)  
**Бадалян Лилит Петросовна** – клинический ординатор кафедры болезней уха, горла и носа Федерального государственного автономного образовательного учреждения

высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет); тел.: +7(916) 485-67-84; e-mail: [shakhbazyanlilit@mail.ru](mailto:shakhbazyanlilit@mail.ru)

## РЕЗЮМЕ

В данной статье представлен клинический случай длительного нахождения инородного тела полости носа – ринолита. Клиническое течение процесса проявлялось в виде неспецифической симптоматики. При обследовании пациента, помимо передней риноскопии, была проведена оптическая эндоскопия и конусно-лучевая компьютерная томография полости носа и околоносовых пазух. Данные методики показали свою информативность и целесообразность при постановке диагноза и определении дальнейшей лечебной тактики.

**Ключевые слова:** инородное тело, ринолит, ринолитиаз, оптическая эндоскопия, конусно-лучевая компьютерная томография

**Для цитирования:** Еремеева К.В., Бадалян Л.П. Инородное тело полости носа: клиническое наблюдение. *Медицинский совет*. 2019; 8: 98-101. DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-8-98-101>.

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

# Foreign body of the nasal cavity: case report

**Ksenia V. EREMEEVA, Lilit P. BADALYAN**

Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University): 8, Trubetskaya Street, Moscow, 119991, Russia, p. 2

## Author credentials:

**Eremeeva Ksenia Vladimirovna** – Cand. of Sci. (Med.), Assistant Professor of Chair for Ear, Nose & Throat Diseases, Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «Sechenov First Moscow State Medical University» of the Ministry

of Health of the Russian Federation (Sechenov University); e-mail: [eremeeva\\_ks@mail.ru](mailto:eremeeva_ks@mail.ru)  
**Badalyan Lilit Petrosovna** – Resident Medical Practitioner, Chair for Ear, Nose & Throat Diseases, Federal State Autonomous

Educational Institution of Higher Education «Sechenov First Moscow State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University); tel.: +7(916) 485-67-84; e-mail: [shakhbazyanlilit@mail.ru](mailto:shakhbazyanlilit@mail.ru)

## ABSTRACT

This article presents a clinical case of a foreign body of the nasal cavity. To describe a foreign body in the nose, the term «rhinolite» is used, which originated from the Greek «rhino» (which means «nose») and «lithos» (which means stone). In this observation the optical endoscopy and cone-beam computed tomography demonstrated as the most informative methods for confirm the diagnosis and for determine medical tactics.

**Keywords:** foreign body, rhinolite, rhinolithiasis, optical endoscopy, cone-beam computed tomography

**For citing:** Eremeeva K.V., Badalyan L.P. Foreign body of the nasal cavity: case report. *Meditsinsky Sovet*. 2019; 8: 98-101. DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-8-98-101>.

**Conflict of interest:** The authors declare no conflict of interest.

**Р**инолиты – это кальцинированные массы, образующиеся путем отложения солей из носового секрета на инородное тело [1, 2]. Впервые в 1654 г. Бартолини описал твердый каменный инородный агент в носовой полости, сформировавшийся вокруг косточки вишни [3–5]. А в 1845 г. для описания инородного тела в носу был применен термин «ринолит», возник-

ший от греческого «rhino» (что означает «нос») и «lithos» (что означает камень) [2, 6]. Любой материал в носовой полости может выступать в качестве потенциального ядра для осаждения солей [2, 7]. Источник инородного тела может быть как экзогенным, так и эндогенным. Эндогенные материалы могут включать сухие носовые выделения, слизь, десквамированный эпителий, сгустки крови, и реже

источником может быть эктопический зуб. Экзогенные инородные тела могут быть органическими или неорганическими: обычно это семена, бусы, пуговицы, грязь, галька, песок, горох, паразиты, дерево, стекло, а также остатки марлевого тампона [1, 7, 8]. Ринолиты чаще всего представляют собой смесь воды (2,9–5,9%), фосфата магния (19,46%), карбоната кальция (20,69%), фосфата кальция (44,7%) и органических композитов (13,2%) [9]. Nover и Florke показали, что ринолит состоит преимущественно из сидерита (FeCo<sub>3</sub>), ферригидрита и ядра с высоким содержанием железа [10].

Патогенез ринолита до сих пор остается неясен. Считается, что для его образования необходимо около 15 лет [1]. По мнению ряда авторов, инициировать кристаллизацию для образования ядра могут нарушения мукоцилиарного клиренса и местные тканевые реакции. В ответ на инфекцию, травмы и механические повреждения местное воспаление приводит к изменению pH, застою слизи, к супернасыщению секрета кристаллоидами, что приводит к осаждению минералов и образованию очага [2, 7, 11]. Обычно, независимо от этиологии ринолиты односторонние, тем не менее двусторонние ринолиты также описаны, но встречаются довольно редко.

Ринолитоаз является редким патологическим явлением, по статистике, заболеваемость ринолитом составляет около 1 человека на 10 000 отоларингологических амбулаторных больных. По гендерному распределению ринолитам чаще подвержены женщины, чем мужчины [9, 12]. Зачастую бессимптомное течение процесса приводит к позднему выявлению ринолита, что может стать случайной находкой [13]. Самый «старый» бессимптомный ринолит, описанный в литературе, находился в полости носа в течение 80 лет [12, 14]. Бессимптомными чаще бывают ринолиты маленьких размеров. Если же появляется симптоматика, то, как правило, она носит неспецифический характер. Так, Ozdemir и соавт. в своей работе описали 21 пациента с ринолитом и выделили наиболее распространенные симптомы: постоянный насморк со слизисто-гнойными выделениями, неприятный запах выделений, длительное одностороннее затруднение носового дыхания и носовые кровотечения [3]. Реже, по данным литературы, встречаются другие симптомы, такие как отек носа или лица, наличие корок, эпифора (слезотечение), anosmia, головная боль [2, 7]. В своей работе S. Khagoubi упоминает о возможности наличия офтальмологической формы заболевания. В литературе упоминаются и нейropsychические расстройства в виде раздражительности, изоляции, депрессии с тенденцией к социально-профессиональным трудностям [9].

Для постановки диагноза важен сбор анамнеза, прямая визуализация с помощью передней риноскопии или носовой эндоскопии. Рентгенологические исследования необходимы, особенно для проведения дифференциального диагноза с другими интраназальными образованиями, с локальными тканевыми реакциями, а также со связанной с ними патологией. Приоритет остается за ком-

пьютерной томографией (КТ) околоносовых пазух, где ринолиты визуализируются как рентгенопрозрачные массы с неровными контурами. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с кальцинированными полипами носа, остеосаркомой, остеомой, хондросаркомой, дермоидной одонтомой, сифилитической или туберкулезной кальцификацией [2, 4, 7]. Лечение включает в себя удаление инородного тела из полости носа. Игнорирование ринолита может привести к развитию гнойных процессов в полости носа и околоносовых пазухах, дистрофических и атрофических изменений слизистой оболочки полости носа, перфорации перегородки носа, назоральных свищей, дакриоцистита, остеомиелита и формированию эпидурального абсцесса.

В данной работе мы приводим собственное клиническое наблюдение инородного тела полости носа.

В Клинику болезней уха, горла и носа ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) обратился пациент К., 29 лет, с жалобами на затруднение носового дыхания, особенно через правую половину носа, ощущение заложенности носа, периодическое слизистое отделяемое из носа. Данные жалобы беспокоят в течение длительного периода. Известно, что 5 лет назад была выполнена риносептопластика. На протяжении многих лет пользуется сосудосуживающими каплями. При детализации анамнеза пациент вспомнил, что 11 лет назад в ходе планового обследования при проведении рентгенографии околоносовых пазух в полости носа было выявлено небольшое образование плотной консистенции, однако никаких рекомендаций по дальнейшей тактике получено не было. При передней риноскопии: перегородка носа искривлена преимущественно вправо с образованием гребня, упирающегося в нижнюю носовую раковину, носовые ходы сужены. Слизистая оболочка полости носа розовая, отечная. Нижняя носовая раковина слева увеличена в размере. При эндоскопическом исследовании в левой половине полости носа обнаружено инородное тело коричневого цвета, при пальпации зондом плотной консистенции, располагающееся под нижней носовой раковиной, преимущественно дорсально, в толще слизистой оболочки дна полости носа (рис. 1). Слизистая оболочка розового цвета, отечная, раковина увеличена в объеме. В левом носовом ходе слизистое отделяемое. Данные конусно-лучевой компьютерной томографии полости носа и околоносовых пазух: отмечается гипертрофия слизистой оболочки в нижних отделах верхнечелюстных пазух (справа до 2,3 мм, слева до 2,1 мм). Искривление перегородки носа вправо до 5,3 мм. Правый носовой ход сужен, носовые раковины деформированы. Слизистая оболочка полости носа утолщена. В области левой нижней носовой раковины отмечается инородное тело высокой плотности, с четкими неровными контурами, не прилегающее к костным тканям, размером 11 мм × 15,1 мм × 10,1 мм (рис. 2, 3, 4). Заключение: КЛКТ-признаки гипертрофии слизистой оболочки обеих верхнечелюстных пазух. Искривление перегородки носа. Инородное тело полости носа. Пациенту проведе-

- **Рисунок 1.** Эндоскопическая картина левой половины полости носа. Визуализируется инородное тело черно-коричневого цвета под нижней носовой раковиной
- **Figure 1.** Endoscopic view of left nasal cavity. A black and brown foreign body is clearly visible under the inferior turbinate



- **Рисунок 2.** Конусно-лучевая томография полости носа и околоносовых пазух. Аксиальная проекция
- **Figure 2.** Axial view of cone beam computed tomography for the nasal cavity and paranasal sinuses



- **Рисунок 3.** Конусно-лучевая томография полости носа и околоносовых пазух. Коронарная проекция
- **Figure 3.** Coronal view of cone beam tomography for the nasal cavity and paranasal sinuses



но удаление инородного тела под контролем эндоскопа одновременно с ресептопластикой. Инородное тело в ходе удаления было фрагментировано, представляло собой структуры черно-коричневого цвета, плотной консистенции (рис. 5). Гистологическое заключение: матери-

ал представлен бурыми и черными структурами в виде кристаллов и плотных масс. Послеоперационный период протекал без особенностей и осложнений. Тампоны удалены на 1-е сутки, проводилась ежедневная анемизация полости носа, использовались топические антибиотики, симптоматическая терапия. Больной выписан на 4-й день после операции. При обследовании спустя 6 месяцев после операции пациент не предъявляет никаких жалоб, связанных с ЛОР-органами, носовое дыхание свободное. При эндоскопии полости носа: отделяемого в полости носа нет, перегородка по срединной линии, слизистая оболочка розовая, влажная. Носовые раковины обычного размера.

Представленный клинический случай демонстрирует длительное течение ринолитиаза и подтверждает информативность оптической эндоскопии и конусно-лучевой томографии полости носа и околоносовых пазух для диагностики и определения лечебной тактики.



Поступила/Received 05.03.2019

- **Рисунок 4.** Конусно-лучевая томография полости носа и околоносовых пазух. Сагиттальная проекция
- **Figure 4.** Sagittal view of cone-beam tomography for the nasal cavity and paranasal sinuses



- **Рисунок 5.** Макропрепарат инородного тела полости носа
- **Figure 5.** Gross specimen showing the presence of a foreign body in the nasal cavity



1. Al Mastour A.S., Ghnnam W.M., Zubaidi A.H. Rhinolith: delayed presentation after head trauma – a case report. *Case reports in otolaryngology*. 2012;2012.
2. Orhan K. et al. Rhinolithiasis: an uncommon entity of the nasal cavity. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. 2006;101(2):28-32.
3. Özdemir S. et al. Rhinolithiasis: review of 21 cases. *American journal of rhinology & allergy*. 2010;24(6):136-139.
4. Appleton S.S., Kimbrough R.E., Engstrom H.I.M. Rhinolithiasis: a review. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*. 1988;65(6):693-698.
5. Mustafa A., Nishori S. Rhinolith caused from undetected foreign body: a case report. *Kosova Journal of Surgery*. 2008;2(1): 32-35.
6. Shah F.A., George S., Reghunandan N. A case presentation of a large rhinolith. *Oman medical journal*. 2010;25(3):230-231.
7. Hadi U., Ghossaini S., Zaytoun G. Rhinolithiasis: a forgotten entity. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 2002;126(1):48-51.
8. Levy J., Monos T., Puterman M. Rhinolithiasis: a very late complication after dacryocystorhinostomy with rubber-gum and polyethylene stenting. *American journal of ophthalmology*. 2004;138(6):1065-1067.
9. Kharoubi S. Revue générale sur les rhinolithiasés. *Annales d'Otolaryngologie et de Chirurgie Cervico-faciale*. 2008;12 (1):11-17.
10. Nover H.U., Flörke O.W. Der Rhinolith-klinische und mineralogische. *Aspekte Laryngologie, Rhinologie, Otologie und ihre Grenzgebiete*. 1983;62(9):419-421.
11. Yildirim N. et al. Rhinolithiasis: Clinical, radiological, and mineralogical features. *American journal of rhinology*. 2008, 22 (1):78-81.
12. Girgis S., Cheng L., Gillett D. Rhinolith mimicking a toothache // *International journal of surgery case reports*. 2015,14:66-68.
13. Pacheco P.C., Busquets J.M. A 44-year-old Rhinolith: A Case Report and Review of the Literature. *Puerto Rico health sciences journal*. 2015;34(2):105-107.
14. Kermanshahi M.S., Jassar P.A bolt from the blew: rhinolith in the nose for more than 80 years. *BMJ case reports*. 2012;2012:2012-7322.

www.remedium-journal.ru

ОФИЦИАЛЬНЫЙ САЙТ ЖУРНАЛА



- УДОБНЫЙ АРХИВ НОМЕРОВ ЗА ВСЕ ГОДЫ ВЫПУСКА ЖУРНАЛА (с 2002 ГОДА)
- АКТУАЛЬНЫЕ НОВОСТИ ФАРМРЫНКА
- ВОЗМОЖНОСТЬ ПОДПИСАТЬСЯ НА ЭЛЕКТРОННУЮ ВЕРСИЮ СВЕЖЕГО НОМЕРА (ДОСТУП ИЗ ЛИЧНОГО КАБИНЕТА)

Заполнив форму заказа на подписку на сайте, вы получите скидку 10% на любой подписной комплект

105082,  
Москва, ул. Бакунинская, 71, стр. 10.  
Тел.: 8 495 780 3425  
факс: 8 495 780 3426  
remedium@remedium.ru