

C.373.

*А.А. Карпов<sup>1</sup>, Л.С. Орешко, А.Н. Пащинин, Е.В. Безрукова, В.А. Воронов*

**СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА  
У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ЦЕЛИАКИЕЙ**

*ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им.  
И.И. Мечникова» Минздравсоцразвития России, кафедра оториноларингологии,  
Санкт-Петербург, [aibolit83@list.ru](mailto:aibolit83@list.ru)<sup>1</sup>*

Данное исследование проведено с целью изучить состояние слизистой оболочки полости носа у больных целиакией.

**Материалы и методы.**

Нами обследовано 5 больных с генетически подтвержденным диагнозом целиакия и 15 практически здоровых человек, у которых не было выявлено острой или хронической ЛОР или соматической патологии. Применялись следующие методы диагностики: сбор анамнеза, эндоскопическое исследование полости носа, метод риноцитологического исследования. Мазки со слизистой оболочки носа брали по стандартной методике [1], окрашивали по Романовскому-Гимзе. микроскопия проводилась под иммерсией при увеличении 1000 (окуляр 10, объектив 100) и подсчитывалось 100 клеток. Состояние эпителиальных клеток оценивалось по степени деструкции, согласно классификации Л.А. Матвеевой [1]. Определяли класс деструкции реснитчатых клеток: 0, I, II, III, IV, средний показатель деструкции (СПД) и индекс цитолиза клеток.

$$СПД = \frac{1n_1 + 2n_2 + 3n_3 + 4n_4}{100}$$

$$ИЦК = \frac{n_4}{n_0 + n_1 + n_2 + n_3 + n_4}, \text{ где}$$

0 1 2 3 4- номера классов деструкции, где

0-нормальная структура

1- частичное (не более 1/2) деструктивное повреждение, цитоплазмы нормальная структура ядра

2-значительная (более 1/2, но неполная деструкция) цитоплазмы, частичное повреждение ядра

3- полная деструкция цитоплазмы, значительная деструкция ядра

4- полная деструкция с распадом цитоплазмы и ядра

n<sub>0</sub>, n<sub>1</sub>, n<sub>2</sub>, n<sub>3</sub>, n<sub>4</sub> – количество клеток соответствующего класса

100- количество исследованных клеток.

**Результаты исследования.** При эндоскопическом исследовании больных с целиакией выявлено, что слизистая оболочка носа в области носовой перегородки, нижних носовых раковин истончена, бледно-розового цвета, сухая, покрыта тонкими корками. При изучении риноцитограмм в группе контроля и больных целиакией были получены следующие результаты.

В контрольной группе здоровых людей в мазках отмечалось достаточно низкое содержание клеточных элементов, среди которых встречались отдельно лежащие клетки реснитчатого цилиндрического эпителия и немногочисленные нейтрофилы с сохраненной цитоплазмой и четкими ядрами. Среднее количество нейтрофилов составило  $11,3 \pm 2,7$  на 100 клеток, эозинофилов –  $2 \pm 0,5$ . Эпителиоциты были с четко выраженной цитоплазмой, ядром и полностью сохраненными ресничками. Деструктивных эпителиоцитов было незначительное количество: СПД эпителиоцитов составил  $0,8 \pm 0,19$ , ИЦК –  $0,19 \pm 0,02$ . У обследуемых нами больных было выявлено увеличенное количество нейтрофилов, среднее количество которых составило  $31 \pm 8,4$ . Выявлено значительное количество клеток реснитчатого эпителия с явлениями деструкции III и IV степени, что характеризовалось достоверно увеличенными СПД и ИЦК эпителиоцитов, которые составили  $2,4 \pm 0,3$  и  $0,74 \pm 0,2$  соответственно.

**Выводы.** У больных, страдающих целиакией, выявлены изменения слизистой оболочки полости носа атрофического характера, проявляющейся выраженной деструкцией реснитчатого эпителия, а также воспалительной реакцией характеризующейся увеличением количества нейтрофильных гранулоцитов. Дальнейшее изучение данной проблемы необходимо для уточнения процессов происходящих в слизистых оболочках данной категории больных.

#### **Список литературы:**

1. Матвеева Л.А. Местная защита респираторного тракта у детей - Томск: Изд-во Том. ун-та, 1993. – 276 с.

*А.М. Мельник, А.В. Гайворонский, В.А. Крулевский, А.Н. Петровский*

### **ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ РИНОСИНУСИТОМ**

*Медицинский центр «Адмиралтейские верфи», Санкт-Петербург*

Полипозный риносинусит относится к хроническим заболеваниям слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, происхождение которого не вполне ясно, а лечение малоэффективно из-за частых рецидивов патологического процесса.