



15. Kupperman D., Rinze A., Tange R.A. Ionomeric Cement in the Human Middle Ear Cavity: Long-Term Results of 23 Cases // The Laryngoscope. – 2001. – Vol. 111. Issue 2. – P. 306–309.
16. Kupperman D., Tange R. A. Long-term results of glass ionomer cement, Ionocem, in the middle ear of the rat // Acta Otorhinolaryngol. Belg. – 1997. – N 51(1). – P. 27–30.
17. Maassen M. M., Zenner H. P. Tympanoplasty type II with ionomeric cement and titanium-gold-angle prostheses // Am. J. Otol. – 1998. – Nov. N 19(6). – P. 693–699.

Еремин Сергей Алексеевич – очный аспирант отдела разработки и внедрения высокотехнологичных методов лечения Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.: 8(812)316-25-01, 8(981)758-73-52, e-mail: 7shans@mail.ru; **Астащенко** Светлана Витальевна – зав. хирургическим отделением для взрослых Санкт-Петербургского НИИЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.: 8(812)316-25-01, e-mail: docte@yandex.ru; **Комаров** Михаил Владимирович – очный аспирант отдела разработки и внедрения высокотехнологичных методов лечения СПбНИИЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел. 8(812)316-25-01, 8(905)212-22-51, e-mail: 7_line@mail.ru

УДК: 616.12.4:575.116.4

СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ЦЕЛИАКИЕЙ

А. А. Карпов, Е. В. Безрукова, В. А. Воронов

CONDITION OF THE MUCOUS MEMBRANES OF THE NASAL CAVITY IN PATIENTS SUFFERING FROM CELIAC DISEASE

A. A. Karpov, E. V. Bezrukova, V. A. Voronov

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И. И. Мечникова Минздрава России», Санкт-Петербург
(Зав. кафедрой – засл. врач РФ, чл.-кор. РАМН, проф. Ю. К. Янов)

Обследованы 5 больных с генетически подтвержденным диагнозом целиакия и 15 практически здоровых человек, у которых не было выявлено острой или хронической оториноларингологической или соматической патологии. Применялись следующие методы диагностики: сбор анамнеза, эндоскопическое исследование полости носа, риноцитологическое исследование. У больных, страдающих целиакией, выявлены изменения слизистой оболочки полости носа атрофического характера, проявляющиеся выраженной деструкцией реснитчатого эпителия, а также воспалительной реакцией, характеризующейся увеличением количества нейтрофильных гранулоцитов.

Ключевые слова: целиакия, эндоскопическое исследование полости носа, риноцитология, нейтрофильные гранулоциты.

Библиография: 7 источников.

The sampling of 5 patients with genetically confirmed diagnosis of celiac disease and 15 of practically healthy people who have not been revealed acute or chronic ENT or somatic pathology. The following methods were employed diagnostics: anamnesis, endoscopic examination of the nasal cavity, the method of риноцитологического research. In patients suffering from celiac disease-related changes of the mucous membrane of the nose atrophic character, manifested expressed the destruction of реснитчатого epithelium, as well as the inflammatory response characterized by an increase in the number of neutrophilic granulocytes.

Key words: celiakiya, endoscopic research of a cavity of a nose, rhinocitology neutrophilian granulocytes.

Bibliography: 7 sources.

Согласно научным представлениям, сложившимся в XX в., целиакия (глютеновая энтеропатия) является генетически детерминированным заболеванием тонкой кишки, связанным с одной из фракций растительного белка глютена – глиадином. У лиц, предрасположенных к целиакии, глиадин повреждает слизистую оболочку тонкой кишки и приводит к атрофии и тяжелому нарушению всасывания [6, 7].

При целиакии нарушена структура HLA-области на хромосоме 6. У больных целиакией имеется почти идентичный HLA DQ2 половой гетеродимер [3]. Люди, имеющие DR17, несут ассоциированные с заболеванием DQ аллели на той же хромосоме, что и DR17 [2, 5]. Диагностическим критерием целиакии является атрофия слизистой оболочки тонкой кишки, при которой укорочены ворсинки и значительно удлинены крипты. Последние являются генеративной зоной слизистой оболочки кишки. Поэтому атрофию при целиакии обозначают как гиперрегенераторную. Эпителий, выстилающий ворсинки, уплощен, обильно инфильтрирован интраэпителиальными лимфоцитами. В собственной пластинке также наблюдается выраженная лимфоплазмочитарная инфильтрация.

Относительно изменений в слизистой оболочке верхних дыхательных путей в доступной нам литературе встречаются лишь отрывочные сведения, хотя при беседе с гастроэнтерологами данные пациенты довольно часто пытаются обратить внимание врачей на проблемы оториноларингологического характера, а плановая консультация ЛОР-врача зачастую носит условный характер в связи с малой осведомленностью специалистов с данной проблематикой.

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

Пациенты и методы исследования. Нами обследованы 5 больных с генетически подтвержденным диагнозом целиакия и 15 практически здоровых человек, у которых не было выявлено острой или хронической ЛОР- или соматической патологии. Применяли следующие методы диагностики: сбор анамнеза, эндоскопическое исследование полости носа, риноцитологическое исследование. Мазки со слизистой оболочки носа брали по стандартной методике [1], окрашивали по Романовскому-Гимзе. Микроскопию проводили под иммерсией при увеличении 1000 (окуляр 10, объектив 100) и подсчитывали 100 клеток. Состояние эпителиальных клеток оценивали 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 (ИЦК):

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

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

где 0–4 – номера классов деструкции [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_0, n_1, n_2, n_3, n_4 – количество клеток соответствующего класса; 100 – количество исследованных клеток.

Результаты исследования. При эндоскопическом исследовании больных целиакией выявлено, что слизистая оболочка носа в области носовой перегородки, нижних носовых раковин истончена, бледно-розового цвета, сухая, покрыта тонкими корками. При изучении риноцитogramм 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 (рис. 1). 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 (рис. 2), что характеризовалось достоверно увеличенными СПД и ИЦК эпителиоцитов, которые составили $2,4 \pm 0,3$ и $0,74 \pm 0,2$ соответственно.

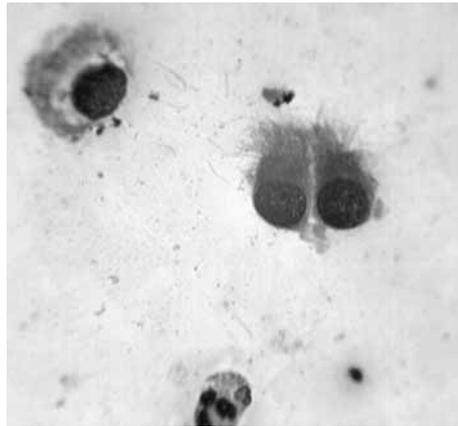


Рис. 1. Риноцитогамма практически здоровых людей. Окраска Романовского–Гимзе, увеличение 1000.

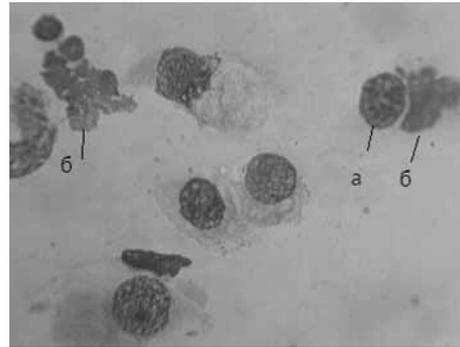


Рис. 2. Риноцитогамма больных, страдающих целиакией: а – деструкция эпителиоцита – III степени, б – деструкция эпителиоцита IV степени. Окраска Романовского–Гимзе, увеличение 1000.

Выводы

У больных, страдающих целиакией, выявлены изменения слизистой оболочки полости носа атрофического характера, проявляющиеся 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.

ЛИТЕРАТУРА

1. Матвеева Л. А. Местная защита респираторного тракта у детей. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 1993. – 276 с.
2. Identification of tissue transglutaminase as the autoantigen of coeliac disease / W. Dieterich [et al.] // Nat. Med. – 1997. N 3. – 797–801.
3. Interleukin 18 and associated markers of T helper cell type 1 activity in coeliac disease / V. M. Salvati [et al.] // Gut. – 2002. – N 50. – P. 186–190.
4. Lack of cellular and humoral immunological responses to oats in adults with coeliac disease / Janatuinen E. K. [et al.] // Gut. – 2000. N 46 (3). – P. 327–331.
5. McCarthy C. Malignancy in coeliac disease // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. – 1991. – N 3. – P. 125–128.
6. No harm from five year ingestion of oats in coeliac disease / E.K. Janatuinen [et al.] // Gut. – 2002. – N 50 (3). – P. 332–335.
7. The first large population based twin study of coeliac disease / L. Greco [et al.] // Gut. – 2002. – N 50. – P. 624–628.

Карпов Анатолий Анатольевич – ассистент каф. оториноларингологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова. 195067, Санкт-Петербург, Пискаревский пр., д. 47; тел.: +7-911023-41-63, e-mail: aibolit83@list.ru; **Безрукова** Евгения Валерьевна – доцент каф. оториноларингологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова. 195067, Санкт-Петербург, Пискаревский пр., д. 47; тел.: +7-921-759-07-88, e-mail: ban_@mail.ru; **Воронов** Виктор Алексеевич – ассистент каф. оториноларингологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова. 195067, Санкт-Петербург, Пискаревский пр., д. 47; тел.: +7-911-216-06-28, e-mail: voronov.ent@yandex.ru