



УДК: 616. 211–002:616. 441–008. 63

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РИНИТА
ПРИ ДИСФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ****Е. В. Носуля*, Н. М. Черных******THE CLINICAL PECULIARITIES OF RHINITIS IN PATIENTS
WITH THYROID DYSFUNCTION****E. V. Nosulya*, N. M. Chernich****

* Российская медицинская академия последипломного образования, г. Москва
(Ректор – академик РАМН Л. К. Мошетева)

** ГОУ ВПО Иркутский медицинский университет Росздрава
(Ректор – проф. И. В. Малов)

Гормоны щитовидной железы играют важную роль в реализации обоняния, носового дыхания. Существуют особенности клинических проявлений ринита, вызванного дисфункцией щитовидной железы. Восстановление носового дыхания, обоняния наблюдается после проведения заместительной терапии.

Ключевые слова: ринит, дисфункция щитовидной железы, обоняние, носовое дыхание

Библиография: 23 источника.

The thyroid hormones play a significant role in olfaction and nasal breathing. There are the clinical peculiarities of rhinitis in patients with thyroid dysfunction. Recovery of the nasal breathing and olfaction followed after the replacement therapy.

Key words: rhinitis, thyroid dysfunction, olfaction, nasal breathing.

Bibliography: 23 sources.

Термин «ринит» в современной оториноларингологии и других разделах клинической медицины означает большую группу нозологически очерченных состояний, имеющих различную этиологию, отличающихся особенностями течения, эффективностью лечения и прогнозом.

В патогенезе ринитов важное значение имеют разнообразные экзо- и эндогенные факторы, непосредственное или/и опосредованное воздействие которых на слизистую оболочку (СО) носа сопровождается возникновением таких характерных симптомов, как затруднение носового дыхания, выделения из носа, патологические ощущения в полости носа (жжение, щекотание), чихание. Превалирование того или иного симптома, или группы симптомов, длительность и периодичность их возникновения, выраженность и степень влияния на самочувствие пациента могут варьировать в широких пределах. Сравнительно часто клинические проявления и тяжесть течения ринита определяются этиологией заболевания, наличием осложнений и сопутствующих заболеваний. Среди большого перечня функциональных нарушений и патологических изменений различных органов и систем, оказывающих влияние на состояние СО носа, важное место занимают эндокринные заболевания, в частности, патология щитовидной железы. Известно, что структурная организация и функциональная активность щитовидной железы в значительной степени зависят от поступления в организм йода, его содержания в окружающей среде, которое, в свою очередь, определяется геохимическими особенностями региона. Являясь важнейшим компонентом гормонов щитовидной железы – тиреоидных гормонов (ТГ), йод участвует в реализации практически всех метаболических реакций в организме, процессах тканевого дыхания, гормонального гомеостаза, кроветворения, иммунных реакций.

Недостаток йода является серьезным фактором риска заболеваний щитовидной железы. Основным видом йоддефицитных заболеваний (ЙДЗ) является гипотиреоз, удельный вес которого в структуре эндокринной патологии достигает 10–12% [5].



Как известно, гипотиреоз – клинический синдром, обусловленный понижением или полным угнетением функции щитовидной железы, состояние которой во многом зависит от поступления в организм йода и других микроэлементов. Поэтому патология щитовидной железы является своеобразным маркером особенностей геохимических, и климатогеографических характеристик региона.

ЙДЗ являются серьезной проблемой здравоохранения во многих регионах мира. Согласно данным ВОЗ (1990 г.) 1570 млн. человек (30% населения мира) имеют риск развития ЙДЗ, а более 500 млн людей проживает в регионах с тяжелым дефицитом йода и высокой распространенностью эндемического зоба.

Значение проблемы йоддефицитных состояний для населения РФ во многом связано с распространением на большей части территории страны биогеохимических провинций с низким содержанием йода. По рекомендации ВОЗ суточная потребность взрослого составляет 150 мкг йода в день. Практически на всей территории России реальное потребление йода составляет не более 40 – 80 мкг в день, что соответствует как минимум умеренному дефициту йода или средней тяжести йоддефицитных состояний [7].

Йоддефицитные заболевания включают патологические состояния, связанные с нарушением функции щитовидной железы, обусловленной снижением потребления йода. Наиболее часто в этой группе заболеваний встречается йоддефицитный или эндемический зоб или увеличение щитовидной железы, которое в большинстве случаев ассоциируется с патологическими состояниями различной локализации, патогенетически связанными с йодной недостаточностью.

Существование связи между изменением функционального состояния щитовидной железы и СО полости носа впервые, по всей видимости, отметил F. J. Novak (1921), который считал, что возникающие в таких случаях признаки вазомоторного ринита являются симптомом микседемы, ее локализованного типа, при котором наибольшие нарушения наблюдаются в СО носа. В дальнейшем было показано, что одной из ведущих причин затруднения носового дыхания при гипотиреозе является ограниченный отек не только СО полости носа, но и носоглотки [10; 3]. Существование причинно-следственной зависимости между гипотиреозом и изменениями СО носа подтверждалось купированием симптомов назальной обструкции на фоне применения экстракта щитовидной железы [18; 13]. Позже для обозначения совокупности признаков ринита у больных гипертиреозом Т. Е. Walsh (1950) предложил термин «вазомоторный ринит (ВР), вызванный гипотиреозом».

Частота встречаемости ВР при гипотиреозе колеблется от 16,9% до 70% [6; 2]. Отмечается синхронность появления первых признаков ВР и симптомов снижения функции щитовидной железы [2]. Значительно реже (3,7% случаев) ВР встречается у больных гипертиреозом [6].

В последние годы опубликованы результаты исследований, свидетельствующие о достаточно высокой частоте обнаружения у пациентов с аутоиммунной тиреоидной болезнью аллергического и вазомоторного ринитов (10,4% и 14,7%, соответственно). Подчеркивается отчетливое отрицательное влияние аллергического ринита на клиническое течение болезни Грейвса. В частности, показано, что при аллергическом рините происходит увеличение антитиреоидных антител в плазме, а также повышение уровня IgE. При этом окружающие антигены индуцируют не только местные аллергические реакции, но стимулируют и тиреоидные иммунные реакции к Th2 пролиферации и усугубляют Th2 - зависимую аутоиммунную тиреоидную болезнь [15].

Назальные симптомы являются одной из наиболее частых жалоб пациентов с дисфункцией щитовидной железы. Так, при гипотиреозе затруднение носового дыхания выявляется у 58% больных, у 20% – снижение обоняния, у 81,5% обследованных – выделения из носа, а неприятные ощущения, парестезии в носу у 90,5% пациентов. Частота перечисленных субъективных ощущений увеличивается по мере нарастания тяжести гипотиреоза [1; 9; 14; 12]. При гипертиреозе признаки ВР в большинстве случаев (94%) развиваются через 2–4 года после возникновения эндокринной патологии [2].



Характерной особенностью нарушения носового дыхания у пациентов с гипотиреозом является возникновение назальной обструкции преимущественно в ночное время, а при тиреотоксикозе затруднение носового дыхания остается постоянным в течение суток [1; 2].

Экспериментальные данные о состоянии обоняния при патологии щитовидной железы носят противоречивый характер. Показано, в частности, что у животных с индуцированным гипотиреозом регистрировалась anosmia, которая исчезала после проведения заместительной терапии тироксином [11]. В серии других исследований не удалось выявить влияние гормональных изменений на обонятельную функцию [19].

В клинических наблюдениях обонятельная дисфункция у больных с АИТ и гипотиреозом встречается реже, чем нарушение носового дыхания – незначительное повышение порогов восприятия и распознавания пахучих веществ ольфакторного и смешанного действия регистрируется у 17–20% больных [1; 8; 12].

Считается, что одним из ведущих механизмов снижения обоняния при гипотиреозе могут быть характерные для этого заболевания изменения центральной нервной системы, связанные с отеком ткани головного мозга и замедлением обменных процессов. Полагают, что это, в известной степени, сказывается на функциональной активности обонятельного рецептора и других звеньев обонятельного анализатора [8]. Об отрицательном влиянии гипотиреоза на активность центральных отделов обонятельного анализатора свидетельствует снижение способности к идентификации запахов у таких больных [20].

Кроме этого, обращается внимание на высокую вероятность развития при гипотиреозе гипосекреторной формы кондуктивной гипосмии, обусловленной угнетением секреторной активности СО носа на фоне дисфункции щитовидной железы. Наконец, важную роль в формировании дизосмии при гипотиреозе играет отек СО носа в обонятельной области и механическое сдавление как рецепторных клеток, так и обонятельных нитей в месте их входа в отверстия продырявленной пластинки [8].

Несмотря на то, что после курса лечения гипотиреоза обоняние обычно восстанавливается, дизосмия может быть причиной отсутствия интереса к пище, анорексии. Кроме этого, обонятельная дисфункция при гипотиреозе нередко ассоциируется с нарушением вкуса (обычно при этом снижается способность к распознаванию сладкого и соленого), что крайне отрицательно сказывается на качестве жизни таких пациентов [12; 23].

Риноскопические изменения у пациентов с дисфункцией щитовидной железы отличаются большим разнообразием и отсутствием специфических признаков. При гипотиреозе традиционно дифференцируют два типа изменений в полости носа: покраснение, сухость и десквамация или отечность, бледность и полипозное перерождение СО носа [21; 13].

У больных гипотиреозом различные изменения в полости носа встречаются в 97% случаев. Более чем в половине (55,5%) наблюдений отмечается сухость, гиперемия и набухлость СО за счет отека подэпителиального слоя, а у 41,5% – отек и бледная окраска (восковая прозрачность) [1; 18]. При этом отечные нижние носовые раковины обычно хорошо сокращаются под действием деконгестантов [22].

Примерно у половины (45,5%) больных с гипотиреозом субатрофия сочетается с вазомоторными изменениями СО носа. Полагают, что эта форма ринита наиболее часто встречается при тяжелых проявлениях гипотиреоза [1].

При тиреотоксикозе отмечается более выраженная набухлость СО полости носа [3; 8; 2; 9]. В отдельных случаях отечные изменения СО у таких больных могут распространяться на мягкие ткани наружного носа. Известно, в частности, описание случая локальной микседемы спинки носа у пациентки с болезнью Грейвса (тиреотоксикоз) [17].

При аутоиммунном тиреоидите (АИТ) отек СО носа и нарушение носового дыхания сопровождаются гиперемией при одновременном снижении ее температуры и выделительной функции. В этих случаях отек носовых раковин рассматривается как локальные проявления микседемы, являющейся следствием отека tunica propria и отложением в ней муцинозного вещества [8].



Полагают, что на фоне АИТ возникают реальные предпосылки для развития хронического риносинусита [16].

Выделительная активность СО носа при дисфункции щитовидной железы нарушается достаточно часто. В частности, при гипотиреозе у 81,5% больных наблюдается гиперсекреция, что, как полагают, связано с избыточным накоплением в межклеточном пространстве СО мукополисахаридов и более характерно для тяжелых форм заболевания [1].

Угнетение выделительной функции и понижение температуры СО носа при АИТ вероятнее всего связано с преобладанием симпатической импульсации [8].

Литературные данные о лечении ринита, ассоциированного с патологией щитовидной железы, крайне немногочисленны. Проведение адекватной гормональной терапии обычно способствует нормализации функционального состояния щитовидной железы, исчезновению или уменьшению симптомов ВР [6; 2; 18; 13]. Описаны особенности лечения аллергического ринита и риносинусита, ассоциированных с патологией щитовидной железы, которые заключаются в комплексном использовании антигистаминных препаратов, специфической иммунотерапии и лекарственных средств, улучшающих тиреоидную функцию [4].

Установлено, что на фоне заместительной гормональной терапии нормализация и улучшение функционального состояния СО носа регистрировались у 68% пациентов с заболеваниями щитовидной железы. Показана эффективность интраназального применения тиреоидных гормонов в виде суспензии, порошка или раствора у пациентов с отеком носовых раковин [1; 12]. При стойких отеках изменений в полости носа тиреоидного происхождения применялись инъекции дексаметазона под СО нижних носовых раковин [8].

Таким образом, существуют определенные различия в оценке особенностей и механизмов развития патологии СО носа при различных формах патологии щитовидной железы. Несмотря на достаточно высокую частоту встречаемости клинических проявлений ринита у пациентов с дисфункцией щитовидной железы, в частности таких симптомов как затрудненное носовое дыхание (58% случаев), снижение обоняния (20%), неприятные ощущения, парестезии в носу (90,5%), выделения из носа (81,5% пациентов) лечение таких больных остается недостаточно эффективным. В качестве основного метода рекомендуется лечение основного заболевания, на фоне которого проявления ринита сохраняются более чем у трети пациентов. Кроме этого, до настоящего времени в этих случаях рекомендуются инъекции системных кортикостероидов, использование которых характеризуется обилием нежелательных эффектов.

В связи с этим исследование закономерностей распространенности и патогенеза ринита у пациентов с дисфункцией щитовидной железы, остается актуальной междисциплинарной проблемой современной клинической медицины, решение которой будет способствовать разработке и внедрению в клиническую практику патогенетически обоснованных рекомендаций по диагностике и лечению этого заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агеева С. А. Состояние ЛОР органов при гипотиреозе: автореф.... дис. канд. мед. наук. М.: 1975. 12 с.
2. Вазомоторный ринит у больных с дисфункцией щитовидной железы / В. И. Линьков [и др.]. Мат. 16 съезда оториноларингологов России. СПб.: РИА-АМИ. – 2001. – С. 615–617.
3. Вожжова А. И. Изменение функции щитовидной железы при дистрофических процессах носа и вазомоторных ринитах. Тр. Куйбышевской ВМА Красной Армии. – 1941. – Т. 4. – С. 257–268.
4. Гамзатова Э. Г. Особенности лечения аллергического ринита и риносинусита, ассоциированного с патологией щитовидной железы: автореф.... дис. канд. мед. наук. М.: 2007. 26 с.
5. Дефицит йода — угроза здоровью и развитию детей России: Д39 Национальный доклад. Колл. авт. — М., 2006. — 124 с.
6. Загорянская М. Е. Роль дисфункции щитовидной железы в развитии вазомоторного ринита // Журн. ушн., нос. и горл. бол. — 1970. — №5. — С. 63–67.
7. Мельниченко Г. А. Заболевания щитовидной железы и беременность // Рос. мед. журн. — 1999. — Т. 7. — № 3. — С. 5 – 10.
8. Солтан М. А. Клинико-функциональное состояние верхних дыхательных путей при аутоиммунном тиреоидите и гипотиреозе: автореф.... дис. канд. мед. наук. Киев, 1988. — 16 с.
9. Тарасова Г. Д., Волкова Г. В. Клиническая картина врожденного гипотиреоза в практике оториноларинголога // Рос. оторинолар. — 2007. — №2. — С. 100–106.



10. Шипачев В. Г. О зобе в Сибири. - Иркутск: Издание Иркутского университета. - 1930. - 61с.
11. Beard M. D., Mackay-Sim A. Loss of sense of smell in adult, hypothyroid mice // Brain Res. - 1987. - 433(2). - P. 181-189.
12. Defects of taste and smell in patients with hypothyroidism / R. J. McConnell [et al.]. // Am. J. Med. - 1975. - 59(3). - P. 354-364.
13. Hollender A. R. Hypometabolism in relation to Ear, Nose, and Throat Disorders // Arch. of otolaryngology. - 1956. - 63(2). - P. 135-141.
14. Hubert L. A clinical Study of Endocrine Disturbance in Rhinological and Laryngological Cases (Abstract)// Laryngoscope. - 1924. - 34(7). - P. 591-592.
15. Increase in serum levels of autoantibodies after attack of seasonal allergic rhinitis in patients with Graves' disease / K. Takeoka [et al.]. // Int. Arch. Allergy Immunol. - 2003. - 132(3). - P. 268-276.
16. Jeevanan J., Gendeh B. S., Satpal S. Hashimoto's thyroiditis: a rare cause for rhinosinusitis // Med. J. Malaysia. - 2004. - 59(3). - P. 428-430.
17. Localized myxedema on the nasal dorsum in a patient with Graves disease: report of the case / F. Akasu [et al.]. // J. Endocrinol. Invest. - 1989. - 12(10). - P. 717-721.
18. Novak F. J. Hyperesthetic rhinitis and myxedema // Annals of otology, rhinology and laryngology. - 1927. - 36(3). - P. 829-836.
19. Odor detection performance in hypothyroid and euthyroid rats / G. M. Brosvic [et al.]. // Physiol. Behav. - 1996. - 59(1). - P. 117-121.
20. Olfaction in congenital hypothyroidism / M. Walczak [et al.]. // Otolaryngol. Pol. - 2002. - 56(5). - P. 577-581.
21. Proetz A. W. The thyroid and the nose // Annals of otology, rhinology and laryngology. - 1948. - 56/6. - P. 328.
22. Walsh T. E. Vasomotor rhinitis / Laryngoscope. - 1950. - 60(4). - P. 360-367.
23. Uchiyama F, Fukuyama J, Kamei T. Defect of taste in a patient with hypothyroidism // Rinsho Shinkeigaku. - 1992. - 32(5). - P. 547-549.

Носуля Евгений Владимирович, докт. мед. наук, профессор, зав. курсом эндоскопической ринопластики РМАПО. 125367, Москва, Ивановское шоссе, 7, ЦКБ ГА. Каф. оториноларингологии. Тел.: 8-495-490-61-32; э/п: Nosulya@bk.ru; **Черных Наталья Михайловна**, канд. мед. наук, врач-оториноларинголог клиник Иркутского ГМУ. 664021, Иркутск, ул. Свердлова, 14. Тел.: 8-902-578-30-79, э/п.: muratova_lor@mail.ru