



ЛИТЕРАТУРА

1. Дайняк Л. Б. Вазомоторный ринит / Л. Б. Дайняк. – М.: Медицина, 1966. – 176 с.
2. Лейзерман М. Г. Радиоволновая хирургия в оториноларингологии / М. Г. Лейзерман, А. Б. Старосветский. – М.: Галерея, 2003. – 128 с.
3. Лелюк В. Г. Основные принципы гемодинамики и ультразвукового исследования сосудов. / В. Г. Лелюк, С. Э. Лелюк. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. Под ред. Митькова В. В. – М.: Видар, 1997. – С. 185–220.
4. Пискунов С. З. О классификации ринитов и синуситов. / С. З. Пискунов, Г. З. Пискунов. // Рос. ринология. – 1997. – №3. – С. 40.
5. Ультразвуковая доплерография макро – и микроциркуляторного русла тканей полости рта, лица и шеи. Уч. мет. пособие. / В. А. Козлов, Н. К. Артюшенко, О. В. Шалак и др. – СПб, 1999. – 22 с.
6. Power Doppler sonography: general principles, clinical applications, and future prospects. / C. Martinolli, L. E. Derchi, G. Rizzatto et al. // Eur. Radiol/ 1998, Vol. 8, №7, P. 1224–1235.
7. Surgery of the inferior turbinates by radiofrequency. / R. Speciale, S. Rustavo, S. Gallina et al. // Otorinolaringologia, 2000, Vol. 50, №2, P. 95–98.
8. Three – dimensional ultrasonic angiography using power – mode Doppler. / C. J. Ritchie, W. S. Edwards, L. A. Mack et al. // Ultrasound Med. Biol. 1996, Vol. 22, P. 277–286.

УДК: 616. 22+616. 441+ 504. 5(470. 5)

ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ГОРТАНИ И ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ РАЙОНАХ ЮЖНОГО УРАЛА

Т. А. Бичурина,¹ Р. В. Кофанов²

¹Челябинская областная клиническая больница

(Главный врач – А. Л. Журавлев)

² ГОУ ВПО Челябинская государственная медицинская академия

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Р. В. Кофанов)

Состояние здоровья человека существенно зависит от внешних условий жизни и окружающей среды. При этом влияние внешних факторов на человека чрезвычайно возросло в связи с ростом техногенной нагрузки, существенным ухудшением экологии, участвовавшими катастрофами и социальными бедствиями, которые носят транснациональный и глобальный характер. Это приводит к появлению различных заболеваний, в том числе и ЛОР-органов, которые в результате сочетанного воздействия неблагоприятных факторов отличаются атипичностью течения, что затрудняет диагностику и лечение. Особый интерес представляет изучение длительного влияния малых доз ионизирующего излучения на организм человека [7].

Радиационные аварии, к сожалению, не являются большой редкостью. Аварии на Южном Урале 1949–1957 гг. скорее всего, следовало бы назвать радиационными катастрофами [15].

«Маяк» – предприятие, нанесшее в первые годы своего существования огромный вред и окружающей среде, и местному населению, стал флагманом отечественной и мировой радиоэкологии, науки о взаимодействии природы и радиации.

Данные статистики свидетельствуют о том, что в России, наряду со снижением рождаемости, ростом смертности преимущественно от болезней системы кровообращения, злокачественных новообразований, несчастных случаев и травм, имеется тенденция к росту группы заболеваний, отражающих зависимость системы «среда обитания и здоровье населения». Прежде всего, это снижение иммунного статуса, болезни крови и эндокринной системы [11, 14, 16, 17, 18].

Гортань является гормонозависимым органом [2, 3, 5]. Избирательное накопление йода в щитовидной железе является важной составляющей радиационного воздействия на организм пострадавших.

Дисфункция желез внутренней секреции многообразно действует на гортань и голосовую функцию, поскольку функциональная активность нервной, мышечной систем, формирующих полноценный голос, в значительной степени определяется эндокринной системой [4].



Поэтому выше перечисленные данные доказывают необходимость изучения влияния малых доз ионизирующего излучения на течение заболеваний гортани во взаимосвязи с патологией щитовидной железы.

Цель работы – изучить взаимосвязь между патологией гортани и щитовидной железы у населения, проживающего в зоне Восточно-Уральского радиоактивного следа с учетом возрастных и половых особенностей.

Материалы и методы. С 2003 по 2008 год под нашим наблюдением находился 251 пациент в возрасте от 18 до 69 лет с нарушениями голосовой функции. Все пациенты были разделены на три группы:

Группа I – основная группа – 139 пациентов, имеющие патологию гортани и проживающие в зоне Восточно-Уральского радиоактивного следа (ВУРС).

Группа II – группа сравнения – 48 пациентов, имеющие патологию гортани, ликвидаторы аварии на Чернобыльской АЭС (ЧАЭС).

Группа III – группа сравнения – 64 пациента, имеющие патологию гортани, проживающие в экологически «чистых» в Брединском, Уйском, Чебаркульском и Чесменском районах Челябинской области («чистые» районы).

Помимо традиционных отоларингологических обследований, было проведено обследование щитовидной железы (ЩЖ) у этих больных. Исследование щитовидной железы включало в себя: физикальное обследование, ультразвуковое исследование ЩЖ, биохимическое исследование функции ЩЖ (определение уровня тиреоидных гормонов плазмы крови – трийодтиронин общий *T3*, тироксин свободный *T4*, тиреотропный гормон *ТТГ*, антитела к тиреопероксидазе *AntiTPO*, антитела к тиреоглобулину *Ig A, G, M*).

Всех обследуемых, при подозрении на эндокринную патологию, консультировал врач эндокринолог. В зависимости от результатов проведенных обследований все пациенты были разделены на группу, имеющих патологию ЩЖ, и на группу, не имеющих патологии ЩЖ.

Проведены оценки достоверности различных показателей выборочной совокупности с помощью доверительной вероятности (*p*) с помощью *U* – критерия Манна – Уитни, статистически значимыми считались изменения при $p < 0,05$. При оценке результатов исследования выводы базировались только на достоверных показателях с величиной предельно допустимой ошибки не более 5% с вероятностью безошибочного прогноза, равной 95% и выше.

Результаты и обсуждение. У всех пациентов был собран тщательный анамнез, проведено физикальное обследование, УЗИ ЩЖ, при наличии изменений на УЗИ, были проведены лабораторные исследования, и все они были осмотрены эндокринологом.

При физикальном обследовании проводился внешний осмотр, пальпация ЩЖ, оценивалось функциональное состояние ЩЖ по клиническим проявлениям.

При осмотре обращалось внимание на размер и форму шеи, окраску кожи, наличие и состояние лимфоузлов, наличие видимого зоба при правильном положении головы и запрокинутой голове, наличие на шее послеоперационного рубца. Кроме того, осмотр позволял выявить симптомы, характерные для нарушения функции ЩЖ.

При физикальном обследовании оценивался и функциональный эндокринологический статус пациента. Характерные жалобы при гипертиреозе: потеря веса, повышенная нервная возбудимость, плаксивость, раздражительность, нарушение сна, чувство жара, потливость, сердцебиение, частый стул, дискомфорт в глазных яблоках. Объективными признаками гипертиреоза считались суетливость, двигательное беспокойство, тремор пальцев кистей, состояние кожи (теплая, влажная, особенно на ладонях), признаки тиреотоксической офтальмопатии, различные виды тахикардий, повышенное систолическое артериальное давление.

Для гипотиреоза характерны признаки физической и психической астенизации (слабость, сонливость, быстрая утомляемость, апатия), нарастание веса, сухость кожи, выпадение волос, запоры, зябкость, отеки лица и конечностей, осиплость. За объективные признаки гипотиреоза принимались астенизация пациента, пастозность и сухость кожи вплоть до шелушения и растрескивания (особенно на локтях, пятках), сухость и ломкость волос, ногтей, отеки лица, конечностей, увеличение языка со следами от зубов на его боковых поверхностях, нередко брадикардия.



Ультразвуковое исследование ЩЖ было проведено специалистами отделения ультразвуковой диагностики Диагностического Центра Челябинской областной клинической больницы (ДЦ ЧОКБ) (заведующая отделением д. м. н. Каткова Е. А). Исследование проводилось на многофункциональных ультразвуковых аппаратах «Logiq-5 Expert» и «Logiq-400»), «EUB-6500»), «SSD-2000», «Sonoline-650», «Merlin» линейными датчиками с рабочей частотой 6–13 МГц в реальном масштабе времени, в режимах В-, цветового и энергетического картирования кровотока, в режиме серой шкалы, тканевой гармоникой, обработка данных с помощью цветового колорайзинга. Осмотр проводился в положении больного лёжа на спине по методике полипозитивного скользящего сканирования. При УЗИ ЩЖ оценивалось анатомо-топографическое положение органа, макроструктура и состояние окружающих тканей по следующим параметрам: расположение железы, размеры и объём, контуры, форма, эхоструктура, общая эхогенность, васкуляризация, наличие очаговых и диффузных изменений, взаимоотношения ЩЖ с окружающими структурами, состояние регионарных зон лимфооттока.

При выявлении в ткани ЩЖ очаговых образований отмечалось их количество, размеры, локализация, форма, чёткость контура, наличие капсулы, эхоструктура, наличие кальцинатов.

Объём ЩЖ рассчитывали по общепринятой формуле определения объёма ЩЖ по методу Brunn [19]. В Европе, в том числе и России, верхней границей нормы для размера ЩЖ условно принята величина 18 см³ для женщин и 25 см³ для мужчин [8].

При постановке окончательного диагноза мы руководствовались Международной классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра: МКБ-10 (Женева: ВОЗ, 1995). В результате проведенного обследования пациентов были выставлены следующие диагнозы:

- диффузный зоб;
- узловой (многоузловой) зоб с нарушением или без нарушения функции ЩЖ;
- аутоиммунный тиреоидит (АИТ) с нарушением или без нарушения функции ЩЖ;
- диффузный токсический зоб (ДТЗ);
- диффузный нетоксический зоб.

Учитывая, что Челябинская область является зоной с умеренным йодным дефицитом [10], мы провели сравнение между группами по наличию сопутствующей патологии щитовидной железы. Полученные данные показали, что достаточно большое количество пациентов во всех группах с заболеваниями гортани имели также и патологию ЩЖ.: пациенты группы I («ВУРС») – 77 человек (58%), пациенты группы II («ЧАЭС») – 20 человек (42%), пациенты группы III («чистые» районы) – 24 человека (38%).

В структуре тиреоидной патологии, диагностированной в группе I («ВУРС») доминируют АИТ – (54%); второе место занимают узловые формы зоба – (30%), затем диффузный нетоксический зоб (10%) ($p < 0,05$). Данные приведены на рисунке 1.

Во II группе («ЧАЭС», рис. 2) на первом месте узловой зоб – 50%, на втором – АИТ (40%), а на третьем – смешанный зоб (многоузловой на фоне диффузного).

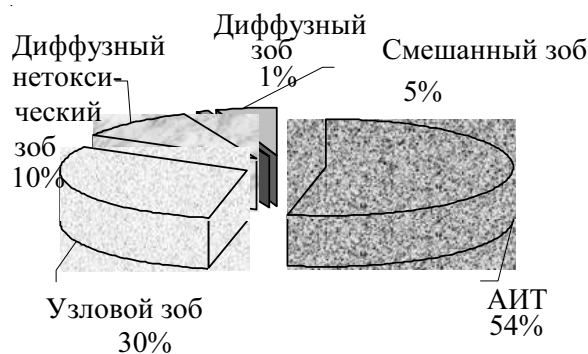


Рис. 1. Структура тиреоидной патологии в группе I.

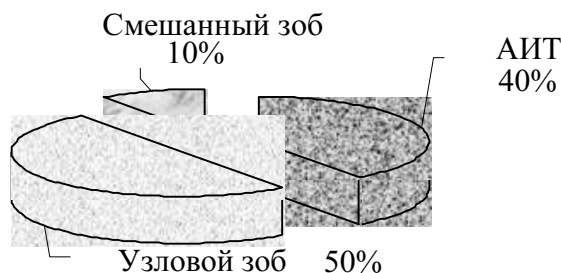


Рис. 2. Структура тиреоидной патологии в группе II.

В III группе («чистые» районы, рис. 3) диффузный зоб (51%) – на первом месте, далее следует узловой зоб (25%).

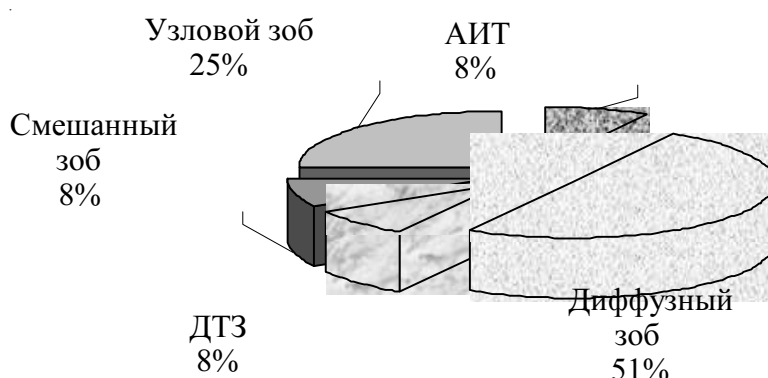


Рис. 3. Структура тиреоидной патологии в группе III.

Хорошо известно, что патология ЩЖ имеет выраженные различия среди полов с большей распространенностью её среди женщин [1, 9, 12]. Это связано с большей напряженностью в работе гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной оси женщин в разные периоды жизни (пубертатный, репродуктивный с вынашиванием беременности и родами, климактерический период) [20, 21]. Среди больных, страдающих аутоиммунными заболеваниями ЩЖ, женщины составляют примерно 90% [10]. Повышенная частота возникновения АИТ у женщин указывает на возможную связь между генами X-хромосомы и развитием аутоиммунного процесса. Один из вероятных механизмов реализации наследственной предрасположенности может быть связан с влиянием эстрогенов на функцию Т-лимфоцитов [13].

Поэтому, вполне естественно, что мы разделили больных, имеющих сочетанную патологию гортани и щитовидной железы по полу и по возрасту. Согласно данным о тиреоидной патологии, выявленным в ходе исследования в гендерном аспекте установлено следующее. В группе I («ВУРС») преобладают женщины с заболеваниями ЩЖ (48%), а мужчины с патологией ЩЖ составили 11% ($p < 0,05$). Группа II («ЧАЭС») полностью представлена мужчинами и заболеваемость ЩЖ в этой группе составила 42%. В группе III («чистые» районы) удельный вес женщин с патологией ЩЖ составил 28%, а мужчин – 9% ($p < 0,05$).

Кроме того, у больных, имеющих сочетанную патологию гортани и ЩЖ, изучалось функциональное состояние ЩЖ. Различают эу-, гипо- и гипертиреоидное состояние функции щитовидной железы. Был проведен сравнительный анализ органической патологии гортани и функционального состояния ЩЖ в обследуемых группах.

В группе I («ВУРС») гипотиреоз был обнаружен в 21% случаев и чаще всего при диффузной форме хронического ларингита (13%), реже – при хроническом атрофическом ларингите. Эутиреоз был диагностирован в 27% случаев, также чаще при диффузной форме хронического ларингита. Гипертиреоз был диагностирован лишь в одном случае у женщины старше 40 лет с



диффузной формой хронического ларингита. Этот факт можно объяснить тем, что больные с гипертиреозом не попали к ЛОР врачу, а ввиду специфической клиники обследовались у других специалистов (терапевтов, эндокринологов, неврологов).

В группе II («ЧАЭС») гипотиреоз был диагностирован у 5 человек (21%), эутиреоз тоже у 5 человек (21%). Все они были мужчины с хроническим атрофическим ларингитом.

В группе III («чистые» районы) был обнаружен эутиреоз у 6 человек, что составило 18%, чаще при ограниченных формах хронического ларингита (узелки голосовых складок – 9%).

Гипотиреоидное состояние ЩЖ в этой группе имели 13% пациентов с хроническим атрофическим ларингитом, с диффузной формой хронического ларингита и пахидермиями.

Гипертиреоидное состояние ЩЖ обнаружено у 6% пациентов (женщины с диффузной формой хронического ларингита).

По мнению Ю. С. Василенко, Н. Т. Габдуллина (1988) функциональное состояние щитовидной железы в условиях хронического йод-дефицита, даже при нормальных цифрах тиреоидных гормонов, нельзя приравнивать к эутиреозу и следует рассматривать как «скрытый» гипотиреоз.

Выводы:

В результате проведенных обследований было установлено, что во всех обследованных группах патология гортани и щитовидной железы наблюдались довольно часто, но в группе I («ВУРС») преобладала патология гортани в сочетании с АИТ (54%). В группе II («ЧАЭС») – в сочетании с узловым зобом (50%), а в группе III «чистые» районы – в сочетании с диффузным и узловым зобом (51%) ($p < 0,05$).

У больных с патологией гортани наблюдалось эутиреоидное состояние щитовидной железы чаще в группах I («ВУРС») – 27% и в группе III («чистые» районы) – 18%. Но, тем не менее, в этих группах отмечается и высокий удельный вес гипотиреоза – 21% и 13% соответственно. В группе II («ЧАЭС») эутиреоидное и гипотиреоидное состояние щитовидной железы отмечалось с одинаковой частотой (по 21%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Балаболкин М. И. Эндокринология / М. И. Балаболкин. – М., 1998, 582 с.
2. Бойкова Н. Э. Клинико-функциональное состояние голосового аппарата у больных гипертиреозом / Н. Э. Бойкова // Рос. оторинолар. – 2002. – №1. – С. 20–21.
3. Бойкова Н. Э. Реабилитация вибрированного женского голоса / Н. Э. Бойкова, О. С. Орлова // Там же. – С. 21–22.
4. Бойкова Н. Э. Диагностика и лечение нарушений голоса при эндокринных заболеваниях: Пособие для врачей / Н. Э. Бойкова, О. С. Орлова, Г. Ф. Иванченко. – М., 2002. – 19 с.
5. Василенко Ю. С. Комплексное лечение нарушений голоса при дисфункции щитовидной железы: Метод. рекомендации / Ю. С. Василенко, Н. Т. Габдуллин. – М., 1992 – 14 с.
6. Габдуллин Н. Т. Клиника и лечение голоса при тиреоидной недостаточности / Н. Т. Габдуллин. Современные методы диагностики и лечения заболеваний гортани: Республиканский сб. науч. тр. – М.: Медицина, 1988. – С. 43–48.
7. Гофман Д. Ж. Чернобыльская авария: радиационные поражения для настоящего и будущего поколений (Пер. с англ.). / Д. Ж. Гофман. – Минск: Высш. школа, 1994. – 574 с.
8. Консенсус. Эндемический зоб у детей: терминология, диагностика, профилактика и лечение / Э. П. Касаткина, В. А. Петеркова, М. И. Мартынова и др. // Пробл. эндокринолог. – 1999. – т. 45, №6. – С. – 29–30.
9. Кэттайл В. М. Патопизиология эндокринной системы: Пер. с англ. / В. М. Кэттайл, Р. А. Арки. – Спб. – М.: Невский диалект, БИНОМ, 2001. – 336 с.
10. Левит И. Д. Йододефицитные состояния в Челябинской области. / И. Д. Левит. (Научный обзор). – Челябинск, 1997. – 26 с.
11. Лисенкова Л. А. Экология и состояние здоровья детей сельской местности, эндемичной по зобу / Л. А. Лисенкова // Педиатрия. – 1991. – №12. – С. 44–47.
12. Макаров О. В. Щитовидная железа и беременность / О. В. Макаров, И. В. Бахарева, Л. В. Фандеева // Рос. медицин. журн. – 1997. – №4. – С. 44–47.
13. Петунина Н. А. Аутоиммунный тиреоидит: современные представления об этиологии, патогенезе, диагностике и лечении / Н. А. Петунина, Г. А. Герасимов // Пробл. эндокринолог. – 1997. – Т. 43, №4. – С. 30–35.
14. Структура тиреоидной патологии у детей, проживающих в неблагоприятных экологических условиях / Л. А. Лисенкова, Е. А. Максимова, А. И. Гуляев др. // Пробл. эндокринолог. – 1992. – Т. 38, №4. – С. 22–23.
15. Топурия Г. М. Радиационные иммунодефициты и их коррекция, Оренбург, 2003 – 140 с.
16. Тронько Н. Д. Основные направления современной иммуноэндокринологии / Н. Д. Тронько, В. Ф. Чеботарев // Пробл. эндокринолог. – 1990. – Т. 36, №4. – С. 87–92.



17. Тюков Ю. А. Стратегия управления здоровьем населения в Челябинске/ Ю. А. Тюков // Экологические проблемы Уральского региона и здоровье человека: Сб. докл. региональной науч. – практ. конф. – Челябинск, 1994. – С. 49–53.
18. Частота рака щитовидной железы и её эпидемиологические детерминанты: роль ионизирующего излучения / Н. Д. Тронько, В. П. Богуславский, А. Е. Присяжнюк и др. // Пробл. эндокринол. – 1994. – Т. 40, №3. – С. 55–59.
19. Эпштейн Е. В. Атлас – руководство по ультразвуковому исследованию щитовидной железы / Е. В. Эпштейн, С. И. Матяшук. – Запорожье: Знание, 1997. – 57 с.
20. Galanti M. R. Parity and risk of thyroid cancer: a nested case-control study of nationwide Swedish cohort / M. R. Galanti, M. Lambe, A. Ekblom // J. Cancer. – 1995. Vol. 6, №8, – P. 37–44.
21. Ron E. Thyroid cancer / E. Ron // Cancer epidemiology and prevention. – New-York, Oxford University press, 1996. – P. 1000–1021.

УДК: 616. 833. 11: 616. 89

ОСОБЕННОСТИ ОБОНЯТЕЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Г. Н. Борисенко, Е. В. Носуля

ГУЗ «Иркутская государственная областная детская клиническая больница»

(Главный врач – Засл. врач. РФ В. М. Селиверстов)

Российская медицинская академия последипломного образования Москва

(Зав. каф. оториноларингологии – член-корр. РАМН Г. З. Пискунов)

Обонятельные нарушения играют важную роль в формировании клинической картины тяжелых расстройств психики у больных с психо-неврологическими расстройствами. Отмечается, в частности, высокая (у 44% больных) частота обонятельных расстройств при неврозах. Выявлены особенности состояния обонятельного анализатора у больных эпилепсией, обусловленные иррадиацией процессов возбуждения из аммонова рога в корковую часть обонятельного анализатора [11, 28]. Обонятельная дисфункция является ранним признаком тяжелых эндогенных заболеваний, таких, как болезнь Паркинсона, Альцгеймера, шизофрении [16, 12, 29].

Нарушения восприятия запахов часто возникают под действием ряда психотропных средств, алкоголя. Дизосмии регистрируется у 70–100% пациентов с алкогольной зависимостью [13, 15]. У 40–50% таких больных выявляются глубокие, вплоть до аносмии поражения обонятельного анализатора, наблюдается обонятельная гиперестезия; у каждого третьего больного отмечаются обонятельные галлюцинации [15, 17].

Высокую распространенность обонятельных нарушений у больных наркоманией, частота которой в период абстиненции достигает 96,4%, объясняют ухудшениями нейровегетативной регуляции слизистой оболочки носа и поражением центральной нервной системы вследствие комбинированного применения наркотика. В этих случаях определение степени изменения обонятельных функций используется как дополнительный диагностический критерий для характеристики расстройств и глубины наркотического поражения, стадии заболевания и прогноза. Нейродинамический характер обонятельных расстройств у наркологических больных подтверждается нормализацией многих показателей деятельности обонятельного анализатора на фоне лечения. Отмечено, что лечебные мероприятия и временное прекращение употребления наркотического вещества частично восстанавливает обоняние (обонятельные нарушения уменьшались почти на 20% [1, 19].

Жалобы на постоянное ощущение неприятных запахов могут быть одним из предвестников развивающегося шизофренического заболевания, особенно у подростков. Больные шизофренией нередко допускают грубые ошибки при идентификации обонятельного раздражителя [16, 22, 26]. Нередко для описания своих ощущений они прибегают к весьма специфическим образам («у капусты запах меда», «твердый запах»). Отличие этих изменений от бреда состоит в том, что больного можно убедить в его ошибочном определении пахучего вещества [22, 23].