

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

В исследовании оценили клиническую картину бронхиальной астмы по наличию одышки, приступов удушья, кашля и мокроты у больных с заболеваниями щитовидной железы. Было отмечено, что на течение бронхиальной астмы влияет как нарушение функции, так и изменение структуры щитовидной железы, приводящие к более тяжелому течению бронхиальной астмы.

Ключевые слова: бронхиальная астма, компенсированный гипотиреоз, компенсированный тиреотоксикоз, диффузно-узловой зоб.

Заболеваемость бронхиальной астмы (БА) по России варьирует от 2,6 до 20,3% [1] и имеет более тяжелое течение у больных с патологией щитовидной железы (ЩЖ) [2, 3]. Известно, что увеличенная ЩЖ при различных формах зоба, сдавливая трахею и бронхи, способствует развитию клиники БА [4]. У пациентов с необъяснимым ухудшением течения БА частота тиреотоксикоза была выше, чем в популяции [2, 5]. Другие исследователи показали, что коррекция гиперфункции ЩЖ приводит к улучшению БА не у всех больных, и тиреотоксикоз не оказывает одинакового влияния на течение заболевания у пациентов с различными вариантами [4]. На фоне субклинического гипотиреоза отмечают улучшение контроля над БА [5]. В других исследованиях установлено, что у больных БА с гипотиреозом медленный переход к эутиреозу приводил к ухудшению течения БА [4, 5]. Учитывая вышеизложенное,

Целью исследования является изучение особенностей клинического течения БА у больных с заболеваниями ЩЖ.

Материал и методы исследования. Обследовано 129 больных БА с неконтролируемым течением в фазе обострения (средний возраст - 55,24±9 лет). Критерии включения в исследование: установленный диагноз БА у больных в возрасте от 18 до 75 лет, больные БА в сочетании с заболеваниями ЩЖ. Критерии исключения из исследования: нежелание пациента принимать участие в исследовании, наличие тяжелой сопутствующей патологии, наличие онкологических заболеваний, в т.ч. ЩЖ, заболевания ЩЖ в стадии декомпенсации по функции ЩЖ и осложненные сердечнососудистой патологией, офтальмопатией, кахексией, дермопатией.

Все больные БА распределены на две группы: 1-я группа – 66 больных БА в сочетании с заболеваниями ЩЖ (2 мужчин и 64 женщины); 2-я группа – 63 больных БА (8 мужчин и 55 женщин). В 13,6% случаев 1-й группы была впервые выявленная БА (во 2-й группе – 3%), в 16,7% - гормонозависимое течение БА (во 2-й – 14%). Длительность БА в 1-й группе в среднем составила 13,4±11,9 лет (во 2-й группе – 8,23±9,9 лет). БА легкой степени тяжести в 1-й группе была у 3% больных (во 2-й группе – 2%), средней степени тяжести - у 47% (во 2-й – 55%) и тяжелой степени тяжести - у 50% (во 2-й – 42%). В 1-й группе в зависимости от патологии ЩЖ выделились подгруппы: подгруппа 1А – 34 больных БА + гипотиреоз; подгруппа 1В – 9 больных БА + тиреотоксикоз; подгруппа 1С – 23 больных БА + диффузный или диффузно-узловой зоб без нарушения функции ЩЖ. Показатели гормонального состояния ЩЖ на момент исследования не выходили за пределы нормы и свидетельствовали о лекарственно-компенсированном эутиреоидном состоянии функции ЩЖ.

Клиническую картину оценивали по изменению суммарного значения субъективных критериев, для чего была разработана балльная шкала оценки клинических показателей. Полученные данные представлены в виде среднего арифметического значения (М) в абсолютных величинах. Статистическую обработку результатов проводили при помощи пакета программ "SPSS STATISTICS17.0" и "Биостат". Критический уровень значимости (р) при проверке статистических гипотез принимали меньше или равным 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение. В 1-й группе достоверно чаще предъявляли жалобы на одышку при обычной физической нагрузке и в покое, более частые ночные приступы удушья, охриплость голоса, наличие потливости и тремора, изменение массы тела за последние несколько лет, чем во 2-й группе (р<0,05); наблюдался приступообразный кашель, мокрота слизисто-гнойного характера, наличие дисфагии, запоров и бессонницы, но эти данные не были статистически значимыми (р>0,05). У больных 2-й группы наблюдалась менее выраженная одышка, появляющаяся при физической нагрузке; редкий кашель со слизистой мокротой; нечастые ночные приступы удушья; появление охриплости голоса у небольшого количества больных; отсутствие дисфагии, сердцебиения, запоров, бессонницы и редкое появление слабоявленной потливости и тремора. По остальным признакам (наличие дневных приступов удушья, свистящего дыхания, тяжести в груди) статистически значимых различий нет.

У больных подгруппы 1А достоверно чаще больные предъявляли жалобы на одышку в покое и при незначительной физической нагрузке, частый приступообразный или постоянный кашель, скудное количество мокроты, частые ночные приступы удушья, наличие охриплости голоса или полной его потери, наличие дисфагии, тремора век, потливости, редко наличие потливости (р<0,05 в сравнении со 2-й группой). В подгруппе 1В больные отмечали одышку в покое и при незначительной физической нагрузке, приступообразный или постоянный кашель со слизистой мокротой, более 2 ночных приступов удушья, тяжесть в груди, дисфагию, тремор рук (р<0,05 по сравнению со 2-й группой), наличие сердцебиения, похудание (р<0,05 по сравнению со 2-й группой) и бессонницу. В подгруппе 1С больные жаловались на одышку в покое и при незначительной физической нагрузке (р<0,05 по сравнению со 2-й группой), реже приступообразный или постоянный кашель со слизисто-гнойной мокротой, более частые и выраженные дневные и ночные приступы удушья, наличие свистящего дыхания, тяжести в груди, чаще отмечали охриплость голоса и наличие потливости (р<0,05 по сравнению со 2-й группой).

У больных 1-й группы были частые ночные приступы удушья (2 и более приступов удушья ночью), тогда как во 2-й группе ночные приступы удушья были до 1-го ночного приступа за ночь. Гормоны ЩЖ являются стрессовыми гормонами, и у больных при сочетании БА и патологии ЩЖ ночные приступы удушья наблюдаются более часто и носят затяжной характер [4]. Наиболее частые дневные приступы удушья были в подгруппе 1С (4-6 и более 6 приступов днем); реже дневных приступов удушья было у больных подгруппы 1А и подгруппы 1В. Наиболее выраженная одышка возникла у больных подгруппы 1С: 2,43±0,896 балла, что достоверно выше, чем у больных 2-й группы (1,98±0,813 балла, р=0,03). Наличие приступообразного кашля чаще отмечали больные подгруппы 1А, при этом кашель у них был со скудным количеством мокроты (0,91±0,514 балла), что достоверно отличается от 2-й группы (1,32±0,858 балла, р=0,012). Охриплость голоса и потливость отмечали все больные БА, но более выражены в подгруппе 1С: возникли периодическая охриплость или потеря голоса и резко выраженная потливость, что достоверно отличалось от больных 2-й группы. Сердцебиение, потеря массы тела, бессонница и дисфагия наиболее выражены в подгруппе 1В, а запоры, увеличение массы тела - в подгруппе 1А. Полученные данные подтверждают, что изменение уровня тиреоидных гормонов и наличие зоба ухудшают течение БА, и тем самым обуславливают тяжесть и трудный контроль БА у больных с патологией ЩЖ.

Таким образом, БА имеет клинические особенности в зависимости от структурного и функционального состояния ЩЖ. У больных с зобом без нарушения функции ЩЖ при наличии БА отмечались частые и тяжелые приступы удушья, одышка в покое и приступообразный кашель. У больных БА с дисфункцией ЩЖ отмечены частые приступы удушья в ночное время, одышка в покое и также приступообразный кашель, при этом у больных БА с гипотиреозом был выявлен кашель со скудным количеством мокроты. Результаты показывают необходимость дополнительных исследований БА в сочетании с заболеваниями ЩЖ для разработки подходов в лечении.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Княжеская Н.П. Бронхиальная астма: сложности диагностики // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. 2011. № 1. С. 30-32.
- 2 Попова Н.В., Куделя Л.М., Бондарь И.А. Клинические особенности течения бронхиальной астмы у больных в сочетании с гипотиреозом // Сибирское медицинское обозрение. 2010. Т. 64. № 4. С. 89-92.
- 3 Камаева И.А., Шапорова Н.Л. Возможные механизмы влияния патологии щитовидной железы на течение бронхиальной астмы // Вестник современной клинической медицины. 2012. Т. 5. № 2. С. 15-18.
- 4 Landyshev IuS, Grigorenko AA, Orlova EV. The morphofunctional state of the thyroid in bronchial asthma patients // Ter Arkh. 1990;62(3):84-90.
- 5 Luong KV, Nguyen LT. Hyperthyroidism and asthma // J Asthma. 2000 Apr;37(2):125-30.

О.Б. ДЖАМБЕКОВА

ТЫНЫС ДЕМІКПЕСІНІҢ КЛИНИКАЛЫҚ АҒЫСЫН ЕРЕКШЕЛІК ҚАЛҚАНША БЕЗДІҢ ПАТОЛОГИЯСЫМЕН НАУҚАСТАРЫНДА

Түйін: Байланысты тыныс демікпесінің анықталынған клиникалық ерекшеліктерін мақалада құрылымдық және қалқанша бездің функционалдық күйі. Қалқанша без жемсаулының науқастарында функцияның бұзылуы жиі тыныс демікпесінің бар болуында белгіледі және тұншықтырудың ауыр баса көктеулері, ендікпе тыныштықта және баспалдақ тәрізді жөтел. Түнгі уақыт, ендікпеге қалқанша бездің дисфункциясымен науқастарында тұншықтырудың белгіленген жиі баса көктеулері тыныштықта және да баспалдақ тәрізді жөтел, бұл ретте гипотиреозы бар тыныс демікпесінің науқастарында қақырықтың тапшы саны бар жөтелі анықтаған немесе.

Түйінді сөздер: тыныс демікпесі, өтелген гипотиреоз, өтелген тиреотоксикоз, диффузиялық-торапты жемсауы.

O.B. DZHAMBKOVA

FEATURES OF A CLINICAL COURSE OF BRONCHIAL ASTHMA AT PATIENTS WITH PATHOLOGY OF A THYROID GLAND

Resume: In article clinical features of bronchial asthma depending on a structural and functional condition of a thyroid gland are defined. At patients with a struma without disturbance of function of a thyroid gland in the presence of bronchial asthma frequent and serious attacks of a dyspnea, a dyspnea in rest and paroxysmal tussis became perceptible. At patients with dysfunction of a thyroid gland frequent attacks of a dyspnea are noted at night, a dyspnea in rest and also paroxysmal tussis, thus at patients of bronchial asthma with a hypothyrosis was taped tussis with scanty quantity of a sputum.

Keywords: the bronchial asthma, the compensated hypothyrosis, the compensated thyrotoxicosis, diffuse and nodal struma.