

А.С. ЖУРАВЛЕВ, Ю.М. КАЛАШНИК

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ФАРИНГИТА У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

*Каф. оториноларингологии (зав. – проф. А.С. Журавлев)
Харьк. нац. мед. ун-та (ректор – проф. В.Н. Лесовой)*

Хронический фарингит является одним из наиболее распространенных заболеваний верхних дыхательных путей (Л.В. Кот, 2001; Т.С. Полякова, 2002). В течение последних 30 лет в общей структуре патологических процессов в ЛОР-органах наблюдается заметное увеличение удельного веса хронических заболеваний глотки и, в частности, хронического фарингита с 11,9% до 25-26% (Р.К. Тулебаев, 2007). В то же время, сложность лечения этого контингента больных обусловлена недостаточной эффективностью применяемых методов лечебного воздействия (Г.М. Портенко, 2002; Л.А. Лучихин, 2006). Анализ данных литературы свидетельствует о поиске причинно-следственных связей патологических процессов в верхних дыхательных путях с заболеваниями других органов и систем (О.Я. Бабак и соавт., 1999; В.В. Кищук, 2001; А.С. Трухманов, 2001; И.В. Горбонос и соавт., 2002; Wilson et al., 1989; Walner et al., 1998; Smullen et al., 1999; Belafsky, 2003).

В связи с этим все большее внимание обращает на себя патогенетическая роль гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) как одного из факторов в прогрессировании воспалительной реакции слизистой оболочки глотки и перехода её в хронический процесс (О.О. Кіцера та співавт., 2003; О.В. Иванова, 2004; Г. Д. Фадеенко, 2004; А.Г. Балабанцев и соавт., 2005; В.Т. Ивашкин и соавт., 2005; И.В. Маев, 2005; Richter, 1996; Woo et al., 1997; Phipps et al., 2000; Malagelada, 2004; Burton et al., 2005).

Целью настоящей работы явилось изучение особенностей течения хрониче-

ского фарингита у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и последующая оценка эффективности применяемого лечения.

Материалы и методы исследований

Нами было обследовано 292 человека с диагнозом ГЭРБ для определения оториноларингологического статуса. У 85 (29,1%) из них выявлены хронические патологические процессы в глотке, среди которых катаральная форма фарингита имела место у 9 (10,6%) лиц, гипертрофическая – у 56 (65,9%) и атрофическая – у 20 (23,5%). В связи с тем, что наибольшую группу составляли больные хроническим гипертрофическим фарингитом, только они и были взяты для дальнейшего обследования.

Пациенты с хроническим гипертрофическим фарингитом (ХГФ) и ГЭРБ были подразделены на 2 группы в зависимости от проводимого комплекса лечебных мероприятий. В 1-ю клиническую группу вошли 29 обследуемых, которым назначалось комплексное лечение по поводу хронического гипертрофического фарингита и ГЭРБ. Оно заключалось в выполнении криодеструкции гранулезных образований на задней стенке глотки – по 2-3 гранулы за сеанс криоаппаратом КМ-22. Всего производилось 5-6 сеансов криовоздействий через день с экспозицией в 50-60 с. Кроме того, они получали антибиотик для местного применения – биопарокс в виде спрея на область задней стенки глотки по 4 ингаляции 4 раза в день на протяжении 8-10 дней. В связи с наличием у пациентов ГЭРБ использовались блокаторы

желудочной секреции: омепразол – по 20 мг 1 раз в день утром натощак в течение 4-6 нед или пульцет – по 40 мг 2 раза в сутки перед едой на протяжении 2-4 нед. Одновременно применялся прокинетик – мотилиум по 10 мг 3-4 раза в день за 30 мин до еды, курс – 10-12 дней. 2-ю клиническую группу составили 27 аналогичных больных, которые лечились только по поводу хронического гипертрофического фарингита по вышеописанной методике.

Диагноз хронического гипертрофического фарингита устанавливался на основании жалоб обследуемых лиц, объективных признаков заболевания, а также результатов цитологических исследований микропрепаратов, приготовленных из мазков (соскобов), взятых со слизистой оболочки задней стенки глотки. Микропрепараты окрашивались по методу Паппенгейма с использованием фиксатора Май-Грюнвальда и краски азур-эозин по Романовскому (Т.П. Якимова и соавт., 2003).

Диагностика ГЭРБ основывалась на клиническом обследовании пациентов (О.Я. Бабак, 2000) врачом-гастроэнтерологом с применением фиброэзофагогастроуденоскопии (ФЭГДС) перед лечением для верификации степени поражения слизистой оболочки эзофагогастроуденального участка желудочно-кишечного тракта. При выполнении ФЭГДС у больных были выявлены следующие изменения: рефлюкс-эзофагит «А», «В» и «С» степеней, хронический гастрит, хронический дуоденит, диафрагмальная грыжа, дуоденогастральный рефлюкс, полип пищевода, цилиндрическая метаплазия пищевода-желудочного перехода.

Результаты исследований и их обсуждение

Установлено, что в 1-й клинической группе у обследуемых с ХГФ и ГЭРБ на фоне проводимых комплексных лечебных мероприятий положительную динамику претерпевали следующие симптомы (табл. 1): ощущение дискомфорта в глотке сохранялось только у 4 (13,8%); першение, ощущение наличия инородного тела, затруднение при употреблении острой и соленой пищи, болезненность в глотке наблюдались, соответственно, у 5 (17,2%), 3 (10,3%), 2

(6,9%) и 2 (6,9%) человек. В то же время, во 2-й группе на фоне назначенной терапии отмечалась менее выраженная положительная динамика: проявления дискомфорта в глотке и ощущение наличия инородного тела оставались у 11 (40,7%) и 6 (22,2%) пациентов. Жалобы на першение, затруднение при употреблении острой и соленой пищи, болезненность при глотании имели место у 12 (44,4%), 9 (33,3%) и 4 (14,8%) лиц, соответственно. Отмечалось уменьшение воспалительных явлений на задней стенке глотки при фарингоскопии в 1-й клинической группе. Лишь у 5 (17,2%) больных этой группы оставалась гиперемия слизистой оболочки, у 4 (13,8%) – гипертрофия лимфоидных фолликулов задней стенки глотки, у 7 (24,1%) – утолщение и гиперемия боковых валиков, у 2 (6,9%) – скопление слизистого секрета. Во 2-й группе на фоне назначенного лечения характер фарингоскопических изменений был менее выраженным: объективные вышеуказанные проявления сохранялись у 12 (44,4%), 11 (40,8%), 12 (44,4%) и 6 (22,2%) пациентов, соответственно.

Кроме того, в 1-й группе отмечено наступление положительной динамики в клинической симптоматике ГЭРБ в течение первых 7-10 дней, что обусловлено адекватно проводимой терапией по поводу диспептических явлений. Проявления изжоги после лечения в виде остаточных явлений отмечались у 6 (20,7%) больных, ощущение кислоты и горечи во рту – у 4 (13,8%) и 1 (3,5%) (табл. 2). Во 2-й клинической группе для стихания явлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни требовалось более длительное время и процесс протекал с незначительно выраженным положительным эффектом. Улучшение субъективной симптоматики проявлялось минимально: изжога, отрыжка, ощущения кислоты во рту и тяжести в эпигастральной области остались у 24 (88,9%), 14 (51,9%), 13 (48,2%) и 8 (29,6%) пациентов, соответственно.

Изучение цитологических микропрепаратов (соскобов) с задней стенки глотки показало наличие практически у всех пациентов гипертрофии лимфоидной ткани. У большинства обследуемых имело место проявление воспалительной реакции с

увеличением количества лейкоцитов. В 1-й группе через 1 мес после комплекса лечебных мероприятий сохранилось повы-

шенное количество лейкоцитов у 5 (45,6%) лиц, во 2-й группе – у 5 (71,4%) (табл. 3).

Таблица 1

Динамика клинической картины ХГФ в сочетании с ГЭРБ на фоне различных видов проводимого лечения

Субъективные симптомы	Обследуемые больные			
	1-я группа (n=29)		2-я группа (n=27)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
	абс. число/ %	абс. число/ %	абс. число/ %	абс. число/ %
Дискомфорт	26/89,7	4/13,8	24/88,9	11/40,7
Першение	23/79,3	5/17,2	22/81,5	12/44,4
Ощущение инородного тела	16/55,2	3/10,3	13/48,2	6/22,2
Затруднение при употреблении острой и соленой пищи	17/58,6	2/6,9	15/55,6	9/33,3
Болезненность при глотании	13/44,8	2/6,9	11/40,7	4/14,8
Сухость в глотке	10/34,5	3/10,3	9/33,3	5/18,5
Кашель непродуктивный (покашливание)	10/34,5	3/10,3	9/33,3	6/22,2
Вязкая, трудно откашливаемая слизь	10/34,5	2/6,9	9/33,3	6/22,2
Неприятный запах изо рта	9/31,0	3/10,3	11/40,7	7/25,9
Затрудненное глотание	8/27,6	0/0	6/22,2	4/14,8
Жжение, зуд в глотке	5/17,2	2/6,9	6/22,2	4/14,8
Вялость, быстрая утомляемость	5/17,2	1/3,5	4/14,8	3/11,1
Охриплость	4/13,8	0/0	2/7,4	0/0
Иррадиация боли в уши	3/10,3	0/0	2/7,4	0/0
Проявление воспаления задней стенки глотки (фарингоскопия)				
Гиперемия слизистой оболочки глотки	29/100	5/17,2	27/100	12/44,4
Гипертрофия лимфоидных фолликулов	29/100	4/13,8	25/92,6	11/40,8
Утолщение и гиперемия боковых валиков	21/72,4	7/24,1	22/81,5	12/44,4
Скопление слизистого секрета на задней стенке глотки	13/44,8	2/6,9	13/48,2	6/22,2

Таблица 2

Динамика диспептических проявлений ГЭРБ у обследуемых больных ХГФ

Субъективные симптомы	Обследованные больные			
	1-я группа (n=29)		2-я группа (n=27)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
	абс. число/ %	абс. число/ %	абс. число/ %	абс. число/ %
Изжога	26/89,7	6/20,7	26/96,3	24/88,9
Отрыжка	20/68,9	5/17,2	16/59,3	14/51,9
Ощущение кислоты во рту	16/55,2	4/13,8	14/51,9	13/48,2
Тяжесть в эпигастральной области	12/41,4	2/6,9	9/33,3	8/29,6
Горечь во рту	6/20,7	1/3,5	5/18,5	5/18,5
Тошнота	4/13,8	0/0	3/11,1	2/7,4

Таблица 3

Динамика цитологических показателей у больных ХГФ при присоединении ГЭРБ на фоне проводимого лечения

Изменения в клеточном составе	Обследуемые больные			
	1-я группа (n=11)		2-я группа (n=9)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
	абс. число/ %	абс. число/ %	абс. число/ %	абс. число/ %
Лейкоциты (повышенное количество)	9/81,8	5/45,5	7/77,8	5/71,4
Лимфоциты (разной степени зрелости)	10/90,9	5/45,5	9/100	6/66,7
Многослойный плоский эпителий:	11/100	11/100	9/100	9/100
1) поверхностный слой	10/90,9	11/100	8/88,9	9/100
2) шиповатый слой	3/27,3	1/9,1	2/22,2	2/22,2
3) базальный слой	1/9,1	0/0	1/11,1	0/0
Гиперкератоз	1/9,1	0/0	1/11,1	1/11,1
Цилиндрический эпителий	7/63,6	5/45,5	6/66,7	5/55,6

Данные клинико-лабораторных исследований свидетельствуют о том, что применение комплексного лечения при ХГФ и ГЭРБ в 1-й группе приводит к достоверным положительным и более устойчивым результатам, чем при изолированном лечебном воздействии на симптомы хронического гипертрофического фарингита.

При проведении локальных лечебных мероприятий у больных хроническим гипертрофическим фарингитом 2-й группы (без использования гастроэнтерологических методов терапии) по завершению лечения

при контрольном осмотре клинические проявления ГЭРБ сохранялись у подавляющего большинства обследованных.

Таким образом, можно предположить, что течение ГЭРБ потенцирует патологические симптомы ХГФ и снижает эффективность проводимого оториноларингологического лечения.

Это позволяет рекомендовать для практического здравоохранения комплексное назначение лекарственных препаратов и методов, направленных на элиминацию выявленных диспептических проявлений.

1. Бабак О.Я. Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Лікування та діагностика. – 1999. – №1. – С. 4-7.
2. Бабак О.Я., Фадеенко Г.Д. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. — К.: Интерфарма, 2000. – 175 с.
3. Балабанцев А.Г., Богданов В.В., Лукашик Н.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: клиника, диагностика, особенности проявлений в ЛОР-органах // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2005. – №5. – С. 43-51.
4. Горбоносков И.В., Семенов Ф.В. Связь патологического гастроэзофагеального рефлюкса с некоторыми симптомами хронического воспа-

ления глотки и гортани // Вестн. оториноларингологии – 2002. – №6. – С. 43-45.

5. Иванова О.В. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / О.В. Иванова, С.В. Морозов и др. // Болезни органов пищеварения. – 2004. – № 2. – С. 15-21.
6. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Трухманов А.С. и др. Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: Пособие для врачей, руководителей органов управления здравоохранением и лечебно-профилактических учреждений. – М., 2003. – 30 с.
7. Кіцера О.О., Сай Р.В., Артюшенко М.С. Гастроэзофагеальна рефлюксна хвороба як одна з

- причин хронічного фарингіту // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2003. – №6. – С. 75-76.
8. Кищук В.В. Исследование связи между состоянием лимфоглоточного кольца и развитием патологии в организме // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2001. – №1. – С. 47-49.
 9. Кот Л.В. Клініко-морфологічна характеристика і оптимізація фармакотерапії хронічних фарингітів з переважним ураженням носового відділу глотки: Автореф. дис... канд. мед. наук: АМН України. Ін-т отоларингології ім. О.С. Коломійченка. – К., 2001.
 10. Лучихин Л.А., Белякова Л.В., Васильев Р.А. Препарат стопангин в лечении воспалительных заболеваний глотки // Вестн. оториноларингологии. – 2006. – №4. – С. 53-56.
 11. Маев И.В. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Эксперимент. и клин. гастроэнтерол. – 2005. – № 5. – С. 55-56.
 12. Плужников М.С. Фарингит (клинико-иммунологические аспекты и криохирургия). – Санкт-Петербург: «Диалог», 2006. – 116 с.
 13. Полякова Т.С., Магомедов М.М., Артемьев М.Е., Суриков Е.В., Пальчун В.Т. Новый подход к лечению хронических заболеваний глотки // Лечащий врач. – 2002. – №4. – С. 64-67.
 14. Портенко Г.М., Графская Н.А. Магнитолазерофорез с гепарином в лечении больных хроническим фарингитом // Вестн. оториноларингологии. – 2002. – №5. – С. 28-30.
 15. Трухманов А.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: клиника, диагностика, лечение. – БОП. – 2001. – Т. 3, №1.
 16. Тулебаев Р.К., Кудасов Т.Р. Диагностика, профилактика и лечение синуситов в амбулаторных условиях. – Санкт-Петербург, 2007. – 215 с.
 17. Фадеенко Г. Д. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: как их распознать? // Сучасна гастроентерологія. – 2004. – №3. – С. 12-17.
 18. Якимова Т.П., Якимов Д.Ю., Шевченко О.В. Цитологическая диагностика ЛОР-органов. – Х.: ИКФ «Гриф», 2003. – 272 с.
 19. Burton L. K. Jr., Murray J.A., Thompson D.M. Ear, nose and throat manifestation of gastroesophageal reflux disease // Postgraduate medicine. – 2005. – Vol. 117. – №2. – P. 712-721.
 20. Cherry JD (2004). Pharyngitis (Pharyngitis, tonsillitis, tonsillopharyngitis, and nasopharyngitis) // Textbook of Infectious Diseases, 5th ed., vol.1, pp. 161-170. Philadelphia: Saunders.
 21. Malagelada J.R. Review article: supraoesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2004. – Vol. 19, suppl. 1. – P. 43-48.
 22. Phipps C.D., Wood W.E., Gibson W.S., Cochran W.J. Gastroesophageal reflux contributing to chronic sinus disease in children, a prospective analysis // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2000. – №7. – P. 831-836.
 23. Richter J.E. Atypical Presentation of Gastroesophageal Reflux Disease. Motility. Clinical perspectives in Gastroenterology // Issue 34, June 1996. – P. 7-10.
 24. Smullen J.L., Lejeune F.E. Jr. Otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease // J. La State Med. Soc. – 1999. – №151. – Suppl. 3. – P. 115-119. – Review.
 25. Walner D.L., Stern Y., Gerber M.E. et al Gastroesophageal reflux in patients with subglottic stenosis // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 1998. – № 124. – Suppl. 5. – P. 551-555.
 26. Wilson J.A. et al. Gastroesophageal reflux and posterior laryngitis // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 1989. – №98. – Suppl. 6. – P. 405-410.
 27. Woo P., Noordzij P., Ross J.A. Association of esophageal reflux and globus symptom: comparison of laryngoscopy and 24-hour pH manometry // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 1997. – Vol. 115. – P. 502-507.

Поступила в редакцию 25.02.09.

© А.С. Журавлев, Ю.М. Калашник, 2009

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО
ГІПЕРТРОФІЧНОГО ФАРИНГІТУ У
ПАЦІЄНТІВ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ
РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ**

Журавльов А.С., Калашник Ю.М. (Харків)

Резюме

Вивчалися особливості перебігу хронічного гіпертрофічного фарингіту в 56 осіб, котрі мали гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу, за умови проведення у них різних курсів лікування. Проведені клініко-лабораторні дослідження свідчать про те, що застосування комплексної терапії при ХГФ та ГЕРХ в 1-й групі хворих призвело до достовірних позитивних та більш стійких результатів, ніж при ізольованому лікуванні, направленому на симптоми ХГФ. Таким чином, можна припустити, що ГЕРХ потенціює патологічні симптоми ХГФ та зменшує ефективність проведеного оториноларингологічного лікування.

**PECULIARITIES OF THE CLINICAL COURSE
OF CHRONIC HYPERTROPHIC
PHARYNGITIS ACCOMPANIED BY
GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE**

Zhuravlyov A.S., Kalashnik Y.M. (Kharkov)

Summary

The article presents study results of the clinical course of the disease in 56 patients with chronic hypertrophic pharyngitis (CHP) and gastroesophageal reflux disease (GERD) according to different types of treatment. The data of the performed clinics-laboratory investigations indicates that the combined therapy used in patients with CHP and GERD in the Ist group led to reliable positive and stable results rather than separate symptomatic cure of CHP. Thus, one can suppose that gastroesophageal reflux disease potentiates the increase of pathologic symptoms of chronic hypertrophic pharyngitis and reduces the efficacy of otorhinolaryngological treatment.