

## МЕСТНОЕ СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ФАРИНГИТА, ОБУСЛОВЛЕННОГО ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ РЕФЛЮКСОМ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

---

*В последние годы в современной зарубежной и отечественной литературе уделяется особое внимание гастроэзофагеальной рефлюксной болезни – хроническому спонтанному, регулярно повторяющему забросу в пищевод желудочного содержимого. Установлено, что среди вне пищеводных проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у 70% больных диагностируется хронический фарингит. Большинство оториноларингологов недостаточно ознакомлены с внепищеводными проявлениями гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.*

*Своевременно не назначают лечение или назначенное лечение не соответствует механизму развития хронического фарингита, ассоциированного с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, что приводит к рецидивирующему течению заболевания.*

**Ключевые слова:** хронический фарингит, ларингофарингеальный рефлюкс, рингер-гидрокарбонат.

***I.J. Yarovy, A. Ch. Bycel***

### **LOCAL TREATMENT OF CHRONIC PHARYNGITIS CAUSED BY GASTROESOPHAGEAL REFLUX**

*Chronic pharyngitis is a common disease, accompanied by discomfort in the throat and manifests itself with a constant feeling of dryness, perspiration and burning in the throat, which leads to a significant reduction in the quality of life of the patient.*

*In recent years in modern foreign and domestic literature great attention is spared to gastro esophageal reflux disease (GERD) – chronic, spontaneous and terminal reflux of gastric contents into esophagus. It has been determined that chronic pharyngitis is diagnosed among 70% of patients with out-of-esophageal presentation of GERD.*

*Majority of otorhinolaryngologists are not sufficiently acquainted with out-of-esophageal presentation of GERD. In proper time they do not assign relevant therapy or assigned treatment doesn't correspond to development mechanism of chronic pharyngitis associated with gastro esophageal reflux disease that leads to recurrent disease.*

**Key words:** chronic pharyngitis, laryngopharyngealreflux, ringer-gidrokarbonat.

---

**Х**ронический фарингит – распространенное заболевание, сопровождающееся дискомфортом в глотке и проявляется постоянным ощущением сухости, першения и жжения в глотке, что приводит к значительному снижению качества жизни больного.

В то время как острый фарингит возникает на фоне острого респираторного заболевания верхних дыхательных путей и может быть вызван вирусами и более 300 различными микроорганизмами, хронический фарингит чаще заболевание вторичное, кото-

рое может развиваться на фоне заболеваний почек, сердечно-сосудистой системы, эндокринных и обменных нарушений, заболеваний полости носа и околоносовых синусов и др.

В последние годы в современной зарубежной и отечественной литературе уделяется особое внимание гастроэзофагеальной рефлюксной болезни – хроническому спонтанному, регулярно повторяющемуся забросу в пищевод желудочного содержимого. Установлено, что среди вне пищеводных проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у 70% больных диагностируется хронический фарингит. Большинство оториноларингологов недостаточно ознакомлены с внепищеводными проявлениями гастроэзофагеальной рефлюксной болезни [8]. Своевременно не назначают лечение или назначенное лечение не соответствует механизму развития хронического фарингита, ассоциированного с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, что приводит к рецидивирующему течению заболевания.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – это хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся спонтанным или регулярно повторяющимся забросом в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого, с развитием характерных симптомов независимо от того, возникают ли при этом морфологические изменения слизистой оболочки пищевода [1, 2].

В силу слабости желудочно-пищеводного отверстия, которое возникает по многим причинам (особенности образа жизни, стресс, работа, связанная с наклонным положением туловища, ожирение, беременность, курение, жирная пища, шоколад, кофе, фруктовые соки, алкоголь, острая пища и т. д.), происходит обратный выброс желудочного содержимого соляной кислоты, фермента пепсина в пищевод до уровня глотки, что вызывает нарушение эпителиального защитного слоя глотки и поддержание тканевого pH, уровень которого снижается в сторону кислой среды. Выше сказанное обуславливает клиническую картину хронического фарингита, ассоциированного с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Пациенты жалуются на «чувство кома» в глотке, сухость, скопление вязкой густой слизи на задней стенке глотки, длительно продолжающийся кашель, который является защитным рефлексом, направленным на удаление избыточного секрета. Иногда пациенты жалуются на чувство удушья, в следствие скопления густой слизи в гортаноглотке, хриплый голос.

Вопросы рационального лечения хронического фарингита заслуживают пристального внимания. В большинстве случаев для лечения фарингита традиционно используют антисептические и антибактериальные препараты в виде орошений, полосканий и других методов воздействия на слизистую оболочку глотки. Однако, учитывая механизм развития вне пищеводных проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, назначение этих препара-

тов не дают положительной динамики, а в некоторых случаях – усугубляют симптомы фарингита. Кроме этого, назначение антибактериальных препаратов не по показаниям, приводит к постоянно растущей резистентности микроорганизмов к большинству известных в настоящее время антибиотикам.

В следствие выше сказанного, поиск новых методов симптоматического лечения хронического фарингита, ассоциированного гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью – задача актуальная.

**Цель нашей работы:** улучшить качество комплексного лечения пациентов с хроническим фарингитом, обусловленным гастроэзофагеальным рефлюксом.

### Материалы и метод

Мы разработали метод местного симптоматического медикаментозного лечения хронического фарингита, обусловленного гастроэзофагеальным рефлюксом с использованием лекарственного средства раствора рингер-гидрокарбонат.

Лекарственное средство рингер-гидрокарбонат комплексный, в состав 200 мл водного раствора которого входит натрия хлорида 1800 мг, калия хлорида 40 мг, кальция хлорида 40 мг, натрия гидрокарбоната 40 мг. Производитель лекарственного средства ОАО «Несвижский завод медицинских препаратов» Республики Беларусь. Основными показаниями к назначению раствора рингер-гидрокарбонат являются нарушения водно-солевого обмена и кислотно-щелочного равновесия у пациентов.

Пациенты применяли раствор рингер-гидрокарбонат для полоскания глотки в объеме 200 мл. Для усиления моторной функции пищевода и желудка, для скорой эвакуации слизи со стенок глотки раствор применяли прохладной температуры 20–30 °С. Полоскание начиналось через 1,5 часа после каждого приема пищи и продолжалось в течение 5 минут. В этот период у пациентов с ларингофарингеальным рефлюксом pH среды желудка достигает максимума кислотности 1,83 ед. [6]. Количество полосканий в течение суток зависело от частоты приема пищи, в целом, 5–6 раз в день. Метод лечения пациенты применяли до месяца и более. Повторять лечение пациент мог самостоятельно без назначений врача.

Одновременно всем пациентам давались общие рекомендации по изменению образа жизни и диете [4]. Сон с приподнятым не менее чем на 15 см головным концом кровати; снижение массы тела при ее избытке; частое дробное питание (не менее 5–6 раз в день); в течение 1–1,5 часов после еды не ложиться и не принимать пищу перед сном (последний прием пищи за 3 часа до сна); молчание во время еды (с целью уменьшения аэрофагии); ограничение приема жиров, увеличение в рационе количества белка; ограничение (исключение) потребления содержащих кофеин (кофе, крепкий чай, кола) и газированных напитков, соков из цитрусовых, кетчупа, томатов; ограничение приема горячей, острой пищи; отказ от курения; избегание тесной одежды, тугих

Таблица. Динамика симптомов хронического фарингита, обусловленного гастроэзофагеальным рефлюксом на фоне симптоматического местного медикаментозного лечения

Жалобы	Основная группа n = 54 с симптомами в баллах								Группа контроля n = 27 с симптомами в баллах							
	до лечения				после лечения				до лечения				после лечения			
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
Болезненность при глотании слюны	11	18	20	5	38	16	0	0	0	19	8	0	0	19	8	0
Охриплость голоса (периодическая)	0	17	24	13	20	33	1	0	1	11	9	6	1	11	9	6
Хроническое покашливание	6	12	20	16	21	29	4	0	0	8	12	7	0	8	12	7
Першение в горле	2	6	15	31	13	39	2	0	0	1	13	13	0	1	13	13
«Ком» в горле	15	14	14	11	18	24	12	0	8	15	5	0	8	14	5	0
Повышенное слезообразование в глотке	20	16	13	5	44	9	1	0	13	12	2	0	17	9	1	0
Шейные боли	26	16	10	2	44	8	2	0	17	10	0	0	17	10	0	0

поясов; включение в рацион продуктов, богатых пищевыми волокнами.

Под наблюдением находилось 54 пациента с хроническим фарингитом, ассоциированным гастроэзофагеальным рефлюксом (основная группа пациентов).

Среди них было 22 женщины (40,7%) и 32 мужчин (59,3%). Средний возраст пациентов составил  $51,8 \pm 18,7$  лет; индекс массы тела –  $28,7 \pm 5,4$  кг. В группу исследования включали только тех пациентов, у которых предварительно выполнялась фиброгастродуоденоскопия и гастроэнтерологом выставлен диагноз гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, длительность заболевания – более 6-и месяцев.

Группу контроля составили пациенты (27 человек), которые принимали внутрь ингибиторы протонной помпы без использования местного симптоматического лечения лекарственным средством рингер-гидрокарбонат. Среди них было 11 женщины (40,7%) и 16 мужчин (59,3%).

Для субъективной оценки качества проводимого лечения и динамического наблюдения за пациентами мы разработали анкету-опросник, в которую входили паспортные данные пациента, рост, вес, ИМТ, пол, клинические симптомы заболевания. В анкете 10 вопросов, касаемых анамнеза заболевания, анамнеза жизни и жалоб пациента: болезненность при глотании слюны, охриплость голоса, хроническое покашливание, першение в горле, «ком» в горле, повышенное слезообразование в глотке, шейные боли, изжога, привкус кислого во рту, кратность приема пищи в сутки. на основе электронной программы «Статистика 10».

Варианты ответа на первые девять вопросов – нет, редко, периодически, часто. Оценка проводилась по визуально-балльной шкале. Нет – 0 баллов, редко – 1 балл, периодически – 2 балла, часто – 3 балла, десятый вопрос (кратность приема пищи) оценивалась как: 1–2 раза/сутки – 3 балла, 3 раза/сутки – 2 балла, 4 раза/сутки – 1 балл, 5 и более раз/сутки – 0 баллов. Минимальное количество баллов, которые мог набрать каждый пациент – 0 баллов, максимальное количество – 30 баллов.

Оценка эффективности проведенного лечения проводилась до лечения и через 7 дней от начала лечения.

Результаты лечения пациентов в основной и группе контроля сравнивали, по 7 вопросам, исключая кратность изжоги и привкус кислоты во рту. Прием пациентами ингибиторов протонной помпы (ИПП) в контрольной группе во время лечения и увеличение кратности приема пищи до 5 и более раз, снизили частоту изжоги и, как следствие, привкус кислого во рту.

Как показывают данные таблицы в контрольной группе среднее количество набранных баллов пациентами составило  $10,7 \pm 2,76$ . Через 7 дней после проведенного лечения количество набранных баллов пациентами значительно снизилось и составило  $3,74 \pm 1,53$  ( $p = 0,000000$ ), что является статистически значимым числом.

В группе контроля до лечения среднее количество набранных баллов составило  $9,3 \pm 1,79$ . После лечения количество набранных пациентами баллов существенно не изменились и составило  $9,1 \pm 1,98$  ( $p = 0,634$ , т. е.  $p > 0,05$ ).

**Объективная оценка эффективности симптоматического местного лечения пациентов с использованием рингер-гидрокарбонат.** С этой целью мы использовали способ подсчета показателя микрокристаллизации ротовой жидкости в модификации И. О. Походенько-Чудаковой, Ю. М. Казаковой, Н. Д. Походенько [3].

В литературе последние годы обсуждаются вопросы диагностики различных заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) по состоянию микрокристаллизации биологических жидкостей, в частности, ротовой жидкости (РЖ). Доказано, что заболевания ЖКТ влияют на морфологию кристаллизации слюны. В слюне появляются кристаллические агрегаты, которые отсутствуют в слюне здорового человека. Проведенные исследования позволили по форме кристаллов отличать слюну здорового человека от больного с патологией ЖКТ. Глотка является начальным отделом пищеварительного тракта и находится в тесной морфологической связи с различными органами пищеварительной системы. Вследствие чего при патологии желудочно-кишечного тракта имеются такие же изменения в полости рта и глотки [5]. Выше сказанное послужило основанием для использования

нами метода подсчета количественного показателя микрокристаллизации РЖ.

Первый тип микрокристаллизации представлял собой удлинённые кристаллы правильной призматической формы и характеризовал нормальное состояние ротовой жидкости; второй тип – кристаллы теряли свою призматическую форму и ориентацию; третий тип – разбросанные и расколотые единичные кристаллы по всему полю зрения.

Капли высушенной ротовой жидкости разделяли маркером каждый на четыре квадранта, после чего в квадрантах образцов определяли типы микрокристаллизации ротовой жидкости и вычисляли для каждого образца показатель микрокристаллизации (М) ротовой жидкости по формуле:

$$M = (NI+2NII+3NIII)/(NI+NII+NIII),$$

где NI, NII, NIII – количество квадратов с I, II и III типом микрокристаллизации соответственно. 1,2,3 – коэффициенты для типов микрокристаллизации.

Было изучено 648 квадратов. Как показали исследования у пациентов до применения местного симптоматического лечения с использованием раствора рингер-гидрокарбонат I тип микрокристаллизации ротовой жидкости выявлен в 40 квадрантах, что составило 6,2% всех образцов исследования. II тип микрокристаллизации выявлен в 348 квадрантах (53,7%); III тип – в 260 квадрантах, что составило 40,1% от всех образцов исследования. Показатель микрокристаллизации (М) ротовой жидкости у пациентов до применения лечения был равен  $2,3 \pm 0,47$ .

После проведенного местного лечения раствором рингер-гидрокарбонат I тип микрокристаллизации ротовой жидкости выявлен в 324 квадрантах, что составило 50,0% от всех образцов исследования. II тип – выявлен в 284 квадрантах (43,8%); III тип – в 40 квадрантах (6,2%). Показатель микрокристаллизации (М), вычисленный по формуле был равен  $1,6 \pm 0,47$ , что значительно меньше, чем у пациентов до проводимого лечения ( $p = 0,000000$ ). Средняя разница показателя микрокристаллизации в исследуемых образцах составила  $0,8 \pm 0,36$ . Полученные результаты свидетельствуют о нормализации состояния ротовой жидкости у пациентов, использующих в лечении местного применения раствора рингер-гидрокарбонат. Об этом свидетельствует значительное увеличение количества квадратов с I (нормальным) и II типом (близко к норме) микрокристаллизации, соответственно, чего достоверно снижается в сторону нормального состояния ротовой жидкости показатель микрокристаллизации (М).

В группе контроля. При исследовании типа микрокристаллизации ротовой жидкости у пациентов до лечения ИПП первый тип, свидетельствующий о нормальном состоянии ротовой жидкости встречался только в 4 квадрантах (1,2%); второй тип – в 180-ти квадрантах (55,6%); третий тип – в 140-и квадрантах (43,2%). Показатель микрокристаллизации ротовой жидкости (М) составил  $2,4 \pm 0,46$ . Через неделю после начала лечения пациентов ИПП первый тип микрокри-

сталлизации определялся только в 8-х квадрантах (2,5%); встречаемость второго и третьего типа микрокристаллизации существенно не изменилась и составила соответственно 58,0% и 39,5% от всех образцов исследования. Показатель микрокристаллизации ротовой жидкости у этих пациентов был равен  $2,4 \pm 0,44$  ( $p > 0,05$ ). Разница показателя микрокристаллизации до и после лечения составила  $0,05 \pm 0,18$ . Полученные данные свидетельствуют о том, что состав ротовой жидкости у пациентов контрольной группы не меняется на фоне применения ИПП.

### Выводы

1. Предложенный метод местного симптоматического лечения с применением раствора рингер-гидрокарбонат пациентов с хроническим фарингитом, обусловленным гастроэзофагеальным рефлюксом – высокоэффективный, проявляющийся в уменьшении выраженности симптомов фарингита.
2. Метод исследования показателя микрокристаллизации ротовой жидкости (М) у пациентов с хроническим фарингитом, обусловленным гастроэзофагеальным рефлюксом, подтверждает эффективность предложенного метода местного симптоматического лечения с применением раствора рингер-гидрокарбонат.

### Литература

1. Бабак, О. Я. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / О. Я. Бабак, Г. Д. Фадеенко. – Киев, 2000. – 175 с.
2. Ивашкин, В. Т. Современный подход к терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни во врачебной практике / В. Т. Ивашкин, А. С. Трухманов // РМЖ. – 2003. – № 2. – С. 43–48.
3. Походенько-Чудакова, О. И. Сравнительное сопоставление микрокристаллизации биологических сред у пациентов с хроническим одонтогенным синуситом верхнечелюстной пазухи / О. И. Походенько-Чудакова, А. В. Сурин // Новости хирургии. – 2013. – Т. 21. № 3. – С. 79–83.
4. Рустамов, М. Н. Заболевания органов пищеварения. Применение минеральных вод при заболеваниях пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки / М. Н. Рустамов // Мир медицины. – 2009. – № 7. – С. 11–14.
5. Шатохина, С. Л. Морфологическая картина ротовой жидкости, диагностические возможности / С. Н. Разумора, В. Н. Шабалин // Стоматология. – 2006. – № 6. – С. 53–56.
6. Яровой, И. Ю. Состояние микробной флоры глотки у пациентов с хроническим фарингитом, обусловленным гастроэзофагеальным рефлюксом / И. Ю. Яровой, А. Ч. Буцель // Медицинский журнал. – 2016. – № 2. – С. 129–132.
7. Koufman, J. A. The otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease (GERD): a clinical investigation of 225 patients using ambulatory 24-hour pH monitoring and an experimental investigation of the role of acid and pepsin in the development of laryngeal injury // Laryngoscope. – 1991. – Vol. 101. – P. 1–78.
8. Koufman, J. A. , Aviv J. E. , Casiano R. R., Shaw G. Y. Laryngopharyngeal reflux: Position statement of the Committee on Speech, Voice, and Swallowing Disorders of the American Academy of Otolaryngology–Head and Neck Surgery // Otolaryngology–Head and Neck Surgery. – 2002. – Vol. 127, № 1. – P. 32–35.

Поступила 28.05.2018 г.