

На правах рукописи

ЛЕБЕДЕВА
Наталья Афанасьевна

**ХРОНИЧЕСКИЙ ФАРИНГИТ – КАК СЛЕДСТВИЕ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ
ПУТЕЙ (КЛИНИКА, КЛАССИФИКАЦИЯ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ)**

14.00.04 – болезни уха, горла и носа

АВТОРЕФЕРАТ

диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2000 год

**Работа выполнена на кафедре «Болезни уха, горла и носа»
Российского университета дружбы народов**

Научный руководитель: доктор медицинских наук,
профессор **Аксёнов В.М.**

Научный консультант: Доктор биологических наук,
Член-корреспондент Российской Академии
Естественных наук, **Мануйлов Б.М.**

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук,
профессор **Давудов Х.Ш.**
доктор медицинских наук,
профессор **Зенгер В.Г.**

Ведущее учреждение: **Российский Государственный
Медицинский университет**

Защита диссертации состоится 4 апреля 2000 года в 14⁰⁰ часов на заседании диссертационного совета Д 074.11.01 Российского научного центра аудиологии и слухопротезирования Министерства здравоохранения Российской Федерации (117513, Москва, ул. Бакулева, 18).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Российского научного центра аудиологии и слухопротезирования Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Автореферат разослан «2» марта 2000 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
Кандидат медицинских наук

Колесова Л.И.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы.

Хронический фарингит довольно распространённое полиэтиологическое заболевание, характеризующееся воспалительно-дистрофическими изменениями в слизистой оболочке ротоглотки (Козлова И.Г., 1959; Соболев И.М., 1963; Мостовой С.И. и соавт., 1975; Потапов И.И., 1977; Овчинников А.Ю., 1985; Bouche et al, 1977 и др.).

Длительное течение заболевания, высокая обращаемость больных сопровождающаяся снижением трудоспособности, обуславливают социальную значимость профилактики и лечения этой патологии (Преображенский Н.А. и соавт., 1974, 1977; Солдатов И.Б. и соавт., 1974; Дайняк Л.Б., Бузукашвили А.Ш., 1981; Безчинская М.Я., 1987 и др.).

К настоящему времени в литературе дано подробное описание клиники, методов диагностики и лечения хронического фарингита. Как правило, причину данного заболевания клиницисты связывают с вредным воздействием различных факторов: алкоголя, никотина, раздражающей пищи и других химических, физических и климатических воздействий.

Установлена взаимосвязь патологии глотки с заболеваниями желудка, печени и других внутренних органов (Козлова И.Г., 1957; Кальштейн Л.И., 1966; Овчинников Ю.М. и соавт., 1978; Овчинников А.Ю., 1985; Шерешкова З.М., 1990; Мошкова Т.А., 1996).

В работах последних десятилетий в качестве причины развития хронического фарингита рассматривают изменения состава микрофлоры и аллергизацию организма, особенно при наличии хронического тонзиллита (Кашинкас Р.Ю., 1969; Исхаки Ю.Б., 1980).

Имеющаяся классификация хронического фарингита И.Г. Козловой (1959), не отвечает современным представлениям, т.к. нет чётких критериев, уточняющих форму субатрофического и атрофического фарингита. Отсутствие воспалительных изменений со стороны слизистой оболочки глотки при атрофических фарингитах, свидетельствует о том, что речь идёт о дистрофии слизистой оболочки глотки, вследствие возрастных изменений, обусловленных наследственными, экологическими и другими факторами.

Как сказываются на функциональном состоянии глотки заболевания верхних дыхательных путей, хирургические вмешательства на нижних носовых раковинах, на перегородке носа, околоносовых пазухах? Вопрос, на который тоже нет научно-обоснованных ответов. Открытым остаётся вопрос причинно-следственной связи развития фарингита и хирургических вмешательств на носовых раковинах, перегородке носа, и околоносовых

пазухах. Возможно, функциональные изменения состояния глотки развиваются параллельно или как следствие хирургического вмешательства.

Предложено много методов лечения хронического фарингита. Однако трудно анализировать результаты различных методов лечения этого заболевания, так как в большинстве случаев авторы сообщали об эффективности применения того или иного лекарственного препарата только на основании клинических данных.

Разработка рациональных методов лечения хронического фарингита остаётся актуальной в настоящее время. Предлагаемые методы будут необходимы в профилактике и лечении дистрофических изменений слизистой оболочки глотки, которые развились в следствии патологических состояний полости носа, околоносовых пазух. Эффективность их следует оценивать на основании данных клинического исследования, изучения выраженности дистрофического процесса слизистой оболочки глотки и показателей местного иммунитета.

Цель работы.

Определить с современных позиций взаимосвязь хронического фарингита и дистрофии слизистой оболочки глотки с заболеваниями верхних дыхательных путей и разработать адекватный метод лечения хронического фарингита и дистрофических изменений слизистой оболочки глотки.

Задачи исследования.

1. Изучить влияние тонзиллэктомии и хирургических вмешательств в полости носа и околоносовых пазухах на развитие хронического фарингита и дистрофических изменений слизистой оболочки глотки;
2. На основе проведённых клинических исследований разработать новую классификацию дистрофических изменений слизистой оболочки глотки, отражающую степень нарушения слизистой оболочки глотки во взаимосвязи с центральной нервной системой;
3. Изучить микрофлору ротоглотки и кишечника до и после лечения больных хроническим фарингитом «Фарингалом»;
4. Изучить показатели местного и общего иммунитета до и после лечения «Фарингалом»;
5. Оценить эффективность лечения больных хроническим фарингитом на основании клинических наблюдений, данных выраженности воспалительно-дистрофических изменений слизистой оболочки глотки, показателей бактериологического и иммунологического исследования.

Научная новизна.

1. Развитие дистрофических изменений слизистой оболочки глотки в трудоспособном возрасте следует рассматривать как результат ранее проведённых операций — тонзиллэктомии и радикально проведённых конхотомий.

2. Хронический атрофический и субатрофический фарингит следует рассматривать как дистрофию слизистой оболочки глотки.

3. Предложена современная классификация дистрофических изменений слизистой оболочки глотки в чёткой взаимосвязи с функциональными нарушениями центральной нервной системы.

4. Разработано рациональное адекватное лечение больных хроническим фарингитом и дистрофических изменений слизистой оболочки глотки препаратом природного происхождения «Фарингал».

Практическая ценность работы.

1. Предложенная новая классификация дистрофии слизистой оболочки глотки поможет целенаправленно проводить адекватное лечение, с учётом не только местных изменений, но и с учётом выраженности функциональных изменений центральной нервной системы.

2. Разработан и с успехом внедрён в практику ЛОР-клиники Российского университета дружбы народов новый, эффективный способ лечения препаратом природного происхождения «Фарингал», больных различными формами хронического фарингита. Предложенный способ лечения отличается высоким лечебным эффектом и может быть использован как в стационаре, так и в амбулаторных условиях.

Основные положения, выносимые на защиту.

1. Проведённые нами исследования свидетельствуют о чёткой взаимосвязи хронического фарингита и дистрофии слизистой оболочки глотки с проведёнными ранее тонзиллэктомией и радикально произведённой конхотомией.

2. Формулировка диагноза дистрофия слизистой оболочки глотки рассматривается во взаимосвязи с функциональными расстройствами центральной нервной системы.

3. Применённый нами способ лечения препаратом природного происхождения «Фарингал» адекватно воздействует на дистрофические изменения слизистой оболочки глотки, снимает патологические импульсации со стороны слизистой оболочки глотки на центральную нервную систему.

Апробация работы.

Основные положения диссертации доложены на совместной научной конференции сотрудников кафедры оториноларингологии Российского университета дружбы народов и ЛОР отделения Московской городской клинической больницы № 4. Способ лечения больных хроническим фарингитом внедрён в клиническую практику ЛОР клиники Российского университета дружбы народов на базе ЛОР отделения Московской городской клинической больницы № 4, консультативного ЛОР центра при ГКБ № 4, и поликлинического ЛОР отделения при ГКБ № 4.

Структура диссертации.

Диссертационная работа состоит из введения, обзора литературы, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций. Работа изложена на 124 страницах машинописного текста, содержит 27 таблиц, иллюстрирована 6 рисунками. Список литературы содержит 265 библиографических источников, из них 221 отечественных и 44 зарубежных авторов.

Публикации.

По теме диссертации опубликовано 3 научные работы, одна из них в центральной печати.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Под нашим наблюдением находилось 126 больных хроническим фарингитом, лиц женского пола — 86 (68,3 %), лиц мужского пола — 40 (31,7 %), в возрасте от 15 до 70 лет. Во всех возрастных группах среди больных преобладали лица женского пола, только в группе от 40 до 49 лет количество лиц мужского и женского пола было одинаковым. Следует отметить, что 65,8 % больных были в возрасте от 20 до 50 лет т.е. молодые трудоспособные люди (Таблица 1).

У 31 пациента установлен хронический катаральный фарингит, у 30 — гипертрофический, у 32 — суб- и атрофический и у 33 — смешанная формы фарингита.

Больные, с хроническим катаральным фарингитом (31 больной), чаще всего жаловались на гиперсаливацию — 28 больных (88,8 %), нерезкая боль в глотке беспокоила 24 больных (77,7 %), саднение в глотке — у 19 больных (60,5 %), отхаркивание вязкой слизи — 14 (44,4 %), кашель наблюдался у 10 больных (32,0 %).

Таблица 1.

Распределение больных хроническим фарингитом по полу и возрасту.

Пол	Возраст в годах						Всего	
	< 19	20-29	30-39	40-49	50-59	> 60		%
Жен	11	28	23	8	2	14	86	68,3
Муж	4	10	7	8	7	4	40	31,7
Всего	15	38	30	16	9	18	126	100,0
%	11,9	30,1	23,8	12,6	7,4	14,2	100,0	

У наблюдаемых больных при объективном обследовании нами отмечалась диффузная гиперемия и отёчность слизистой оболочки задней стенки глотки у 31 пациента (100 %), выраженная отёчность краёв нёбных дужек у 5 больных (18,5 %). У части исследуемых (13,0 %) на слизистой оболочке отчётливо видны поверхностно расположенные ветвящиеся застойные сосуды; у большинства больных (91,4 %) слизистая оболочка задней стенки глотки была покрыта вязким слизистым секретом.

Хронический гипертрофический фарингит диагностирован у 30 больных. Их характерные жалобы таковы: периодическая боль в глотке была у 21 больного (63,2 %), першение и саднение в глотке у 23 больных (71,6 %), ощущение инородного тела в глотке — у 25 (75,5 %). Большая часть больных (73,7 %) отмечала частые обострения заболевания (2 – 3 раза в год), которые проявлялись ухудшением общего состояния, усилением болей в глотке и в ряде случаев — повышением температуры тела.

При фарингоскопии у 16 больных (49,5 %) на фоне бледно-розовой слизистой оболочки задней стенки глотки были видны довольно крупных размеров, плотные, гиперемированные и слегка отёчные разрастания лимфаденоидной ткани; у 6 наблюдаемых больных (17,9 %) отмечались множественные мелкие красного цвета элементы лимфоидной ткани; гипертрофированные боковые валики с явлениями воспаления были обнаружены у 11 больных (32,6 %).

Таким образом, у 22 больных (67,4 %) был хронический гранулёзный фарингит, а у остальных — хронический боковой фарингит.

Суб- и атрофический фарингит выявлен у 32 больных. У них отмечались следующие жалобы: постоянная сухость в глотке беспокоила 18 больных (60,1 %), периодическая сухость — у 12 больных (38,7 %),

ощущение инородного тела в глотке у 11 больных (35,0 %), першение было у 27 (87,5 %), боль в глотке ночью и утром — у 11 (37,5 %), кашель по утрам у 8 больных (26,3 %). Многие больные связывали усиление выраженности этих симптомов с приёмом острой пищи, перенесёнными острыми респираторными вирусными инфекциями.

При данной форме заболевания слизистая оболочка глотки истончена, сглажена, сухая; у 23 больных (76,2 %) покрыта тонким слоем вязкого секрета и казалась полированной; у 2 (7,0 %) отмечалось наличие вязкой слизи и у 7 наблюдаемых (23,7 %) сухих корок.

Больные составляющие смешанную форму хронического фарингита (33 больных), чаще всего жаловались: на периодическую сухость в глотке 15 больных (50,5 %), кашель — у 22 (75,5 %), ощущение инородного тела у 12 больных (40,5 %).

При фарингоскопии на фоне бледной истончённой слизистой оболочки задней стенки глотки были видны гиперемированные, слегка отёчные лимфогранулы или гипертрофированные боковые валики с явлениями воспаления.

Результаты бактериологических исследований показали преобладание аэробных патогенных кокков вида *Staphilococcus aureus* и *Streptococcus viridans* (Таблица 2).

У больных хроническим катаральным фарингитом содержание S Ig A, и Ig A в ротоглоточном секрете было в 4,5 раза ниже, чем в контроле ($p < 0,05$) и составили $23,1 \pm 3,16$; $116,2 \pm 3,2$ мкг/мл. Повышенное содержание Ig A в сыворотке крови на фоне умеренно сниженного уровня других иммуноглобулинов свидетельствует о наличии активной формы воспалительного процесса у данной группы больных.

Гипертрофическая форма фарингита характеризовалась до лечения изменённым уровнем местного иммунитета, так показатели секреторного S Ig A и Ig A были в 5,8 и 5,7 раза ниже нормы и составили $18,1 \pm 3,3$; $33,8 \pm 3,4$ мкг/мл на фоне высокого уровня Ig G $47,3 \pm 2,6$ в ротоглоточном секрете. Содержание иммуноглобулинов A, M, G классов в сыворотке крови мало чем отличаются от таковых у здоровых людей. Имеющаяся тенденция к снижению иммуноглобулинов всех трёх классов у больных нечётко выражена. Очевидно, это связано с адаптационными механизмами иммунной системы к хроническому длительному течению заболевания.

Дистрофические изменения слизистой оболочки глотки характеризуются ослабленным состоянием антибактериального иммунитета в глотке. Так S Ig A и Ig A были достоверно снижены по сравнению с группой здоровых лиц и составили $38,46 \pm 2,6$; $28,2 \pm 2,2$ мкг/мл.

Таким образом, у обследованных больных наблюдалась выраженная клиническая картина заболевания, характерная для каждой формы хронического фарингита.

Таблица 2.

Бактериологическое исследование со слизистой оболочки ротоглотки.

	Формы хронического фарингита			Всего
	катараль ный	гипертро фический	дистрофия слизистой оболочки глотки	
	11	10	12	
Staphilococcus aureus, массивный рост	5	6	3	14
Staphilococcus aureus, единичный рост	1	1	1	3
Staphilococcus epidermidis	2	1	1	4
Streptococcus hemolyticus	1	—	—	1
Streptococcus viridans	1	1	4	6
Streptococcus pneumonia	—	—	1	1
Грамм + кокки	—	1	2	3
E. coli	1	—	—	1

Большая часть жалоб имеет «местное» происхождение и связана с поражением слизистой оболочки глотки.

Хронический фарингит — это заболевание полиэтиологичное. Причин его развития очень много, они разнообразны. Хроническому фарингиту довольно часто сопутствуют другие патологические процессы и состояния.

В число сопутствующих заболеваний мы отнесли те заболевания, которые возникли (проявились) одновременно с признаками хронического фарингита (Таблица 3).

На первом месте по частоте среди сопутствующих заболеваний находится хронический гастрит. Он отмечен у 56 больных (44,4 %). Анамнестически установлено, что у 35 больных (62,5 %) имела место повышенная кислотность (гиперацидный гастрит), у 21 (37,5 %) пониженная кислотность (гипоацидный или анацидный). Холецистит выявлен в 25 наблюдениях (19,8 %), колиты — у 17 больных (17,5 %). При данных заболеваниях желудочно-кишечного тракта диагностированы катаральная и гипертрофическая формы хронического фарингита.

К часто встречающимся этиологическим факторам хронического фарингита является остеохондроз шейного отдела позвоночника, при котором наблюдается полиартроз, воспалительные явления которого ведут к

болезненной контрактуры мышц, суживающих глотку. Остеохондроз шейного отдела позвоночника выявлен у 30 больных (23,8 %), в основном с атрофической формой хронического фарингита.

Таблица 3.

Взаимосвязь форм хронического фарингита с общими заболеваниями.

Сопутствующие заболевания	Формы хронического фарингита				Всего
	катаральный	гипертрофический	суб-атрофический	смешанный	
Хронический гастрит	20	15	9	10	56 (44,4%)
Шейный остеохондроз	—	—	20	10	30 (23,8%)
Вегетососудистая дистония	5	6	10	8	29 (23,0%)
Холецистит	12	8	—	5	25 (19,8%)
Неврозоподобные состояния	—	2	13	4	19 (15,0%)
Колит	5	7	—	5	17 (13,5%)
Аднексит	3	4	—	4	11 (8,7%)
Панкреатит	2	5	—	—	7 (5,5%)
Гепатит	—	2	—	—	2 (1,6%)

Из общего числа обследованных у 19 (15 %) выявлено функциональное расстройство нервной системы (невроз, канцерофобия). Эти больные свои жалобы, квалифицировали как явления парестезии: ощущение инородного тела в глотке, щекотание, покалывание, подкатывание кома, удушье и нехватка воздуха, особенно в ночное время. Как правило, при волнениях и переживаниях эти проявления дискомфорта в глотке усиливались. Также эти больные отмечали неврологические и соматические жалобы: периодические головные боли, неприятные ощущения или боли в области сердца, раздражительность, вспыльчивость, шум в голове и ушах, очень сильная усталость к концу рабочего дня, общая слабость, разбитость и др.

Из 19 больных с расстройством нервной системы у 13 больных (68 %) диагностирована суб-атрофическая и атрофическая форма, у 2 — гипертрофическая и у 4 — смешанная форма хронического фарингита.

У 77,7 % больных хронический фарингит сочетался с другими заболеваниями верхних дыхательных путей (Таблица 4).

Искривление носовой перегородки выявлено у 25 больных (19,8 %), хронический синусит — у 22 (17,4 %), хронический вазомоторный ринит — у

20 (15,8 %), хронический тонзиллит — у 18 (14,2 %), хронический гипертрофический ринит — у 13 (10,3 %).

Таблица 4.

Взаимосвязь хронического фарингита с заболеваниями верхних дыхательных путей.

Сопутствующие заболевания	Формы хронического фарингита				Всего
	катараль- ный	гипертро-ф ический	суб-атро-ф ический	смешан ный	
Искривление носовой перегородки	18	7	—	—	25 (19,8 %)
Хронический гайморит, этмоидит, фронтит	17	5	—	—	22 (17,4 %)
Хронический вазомоторный ринит	15	—	—	5	20 (15,8 %)
Хронический тонзиллит	3	15	—	—	18 (14,2 %)
Хронический гипертрофический ринит	7	6	—	—	13 (10,3 %)

Хронический тонзиллит может способствовать появлению признаков хронического фарингита. С другой стороны, исследования частоты возникновения хронического фарингита после тонзиллэктомии достоверно определили в комплексе этиологических факторов развития фарингита. Клиника хронического фарингита у больных перенесших тонзиллэктомию отягощается более тяжелым и упорным течением.

Мы выделили больных хроническим фарингитом, перенесших тонзиллэктомию. Тонзиллэктомию перенесли 62 больных (1 — 20 лет назад), из них 57 (91,9 %) — отмечали появление сухости в глотке, ощущение инородного тела, першение спустя 5 лет после удаления миндалин (Таблица 5).

В группе больных оперированных до 5 лет тому назад преобладал хронический катаральный фарингит. Катаральная форма выявлена у 15 больных (24,2 %). Спустя 6 — 10 лет после тонзиллэктомии преобладает гипертрофическая форма, она выявлена у 17 больных (27,4 %). Через 11 — 15 лет после тонзиллэктомии выявлено развитие смешанной формы у 10 больных (16,1 %), и спустя 16 — 20 лет преобладала атрофическая форма хронического фарингита, что составило 20 больных (32,3 %).

На основании наших данных можно утверждать, что рубцовые изменения после тонзиллэктомии способствуют развитию явлений дистрофии слизистой оболочки глотки, которые могут быть квалифицированы как хронический фарингит.

Таблица 5.

Развитие хронического фарингита после тонзиллэктомии.

Формы хронического фарингита	Время, прошедшее после тонзиллэктомии					Всего
	До 2 лет	3 - 5	6 - 10	11 - 15	16 - 20	
Катаральная	7	8	—	—	—	15 (24,2 %)
Гипертрофическая	—	1	9	7	—	17 (27,4 %)
Атрофическая	—	—	—	5	15	20 (32,3 %)
Смешанная	—	—	1	9	—	10 (16,1 %)
Итого:	7	9	10	21	15	62 (100 %)

Однако у большинства больных на длительное время процесс останавливался в гипертрофической форме. У ряда больных кроме гранулезных фолликулов определялись признаки гипертрофии боковых валиков.

Мы выделили больных хроническими фарингитами, перенесших хирургические вмешательства по поводу заболеваний полости носа и околоносовых пазух в отдельную группу. При этом мы обращали внимание на причины, вызвавшие заболевание, потребовавшие хирургического вмешательства, по мере возможности определяли объем и метод ранее проведенной операции (Таблица 6).

Таблица 6.

Виды хирургических вмешательств по поводу заболеваний полости носа и околоносовых пазух.

Виды операций	количество больных
Подслизистая резекция носовой перегородки	25
Резекция нижних носовых раковин	21
Подслизистая резекция носовой перегородки + резекция нижних носовых раковин	15

Радикальная операция на верхнечелюстной пазухе по методу Колдуэлл-Люка	13
Ультразвуковая дезинтеграция нижних носовых раковин	4
Всего:	78

У 25 больных произведена подслизистая резекция носовой перегородки, подслизистая резекция носовой перегородки + резекция нижних носовых раковин у 21 больного, нижние носовые раковины резецированы у 21 больного, операции на верхнечелюстной пазухе выполнены у 13 больных и у 4 — ультразвуковая дезинтеграция нижних носовых раковин.

Нас интересовали группа больных, которым были произведены резекции нижних носовых раковин. Среди исследуемых были 21 больной, которым 5 — 10 лет назад была произведена конхотомия. У 17 больных (85,7 %) из 20 оперированных сухость в носу и глотке, ощущение инородного тела в глотке появилась не сразу после хирургического вмешательства. Сразу после операции они отмечали улучшение — восстанавливалось дыхание через нос. Лишь через 5 и более лет появилась сухость в носу, наличие сухих корок с прожилками крови, сухость в глотке, густая вязкая слизь в глотке чаще по утрам и сухой кашель. У большинства больных слизистая оболочка полости носа была бледной с наличием сухих корочек. Слизистая оболочка глотки была бледная, сухая, с выраженным сосудистым рисунком и наличием вязкой слизи, что клинически указывало на дистрофические изменения в слизистой оболочке полости носа и глотки.

На основании наших исследований можно утверждать, что после радикально удалённых нижних носовых раковин нарушается аэродинамика воздушной струи, уменьшается возможность согревания и увлажнения воздуха. Всё это непосредственно сказывается на состоянии носо- и ротоглотки и способствует развитию дистрофии слизистой оболочки глотки.

Из приведённых выше данных следует, что в возникновении хронического фарингита у обследованных нами больных, могли иметь существенное значение нарушение носового дыхания, гиперинфицирование с очагов хронической инфекции в полости носа и околоносовых пазух; отрицательные импульсы на слизистую оболочку глотки могли исходить из желудочно-кишечного тракта, печени, желчных путей, придатков матки, при патологии вегетативной, нервной и эндокринной систем.

Хронический воспалительный процесс, локализующийся в глотке становится очагом постоянной патологической импульсации, что приводит к нарушению, по мнению Н.И. Гращенкова (1963), наиболее реактивных отделов нервной системы — вегетативной и гипоталамической области (центра автономной нервной системы); нарушается их трофическая функция

(Сперанский А.Ф., 1934), изменяется метаболизм и структура слизистой оболочки, то есть развивается дистрофический процесс (Vurdelja, 1957; Hellwoll et al., 1970; Mair et al., 1973, 1974). С другой стороны, очаг хронической инфекции в глотке оказывает рефлекторное воздействие на вегетативные ганглии, способствуя развитию ганглионитов (шейный симпатический, крылонёбный ганглий и др.); возникает качественно новое патологическое состояние с выраженной симптоматикой за счёт усугубления одного заболевания другим, то есть появляется порочный круг — воспалительный процесс обостряет течение ганглионита, а последний изменяет трофику тканей, способствуя упорному и рецидивирующему течению воспалительных заболеваний глотки (Багрий Е.А. и соавт., 1977; Коломийцев В.П., 1977; Волков Ю.Н. и соавт., 1978).

Кроме того, в воспалительный процесс вовлекаются периферические нервные структуры глотки, степень нарушения их функции, в том числе и трофической, сказывается на тяжести или длительности заболевания. Снижается чувствительность слизистой оболочки, она в большей мере подвергается различным травмирующим воздействиям внешней среды, что способствует более быстрому развитию дистрофических процессов в ней.

При хроническом воспалении слизистой оболочки глотки происходит не только усиленное слизиобразование. Появление кислых мукополисахаридов (положительная реакция по Хейлу) под воздействием повреждающих факторов влечёт за собой изменение физико-химических свойств слизи. Отмечается некроз и десквамация клеток, секретирующих слизь, обтурация слизью выводных протоков желёз. Хроническое воспаление с увеличенной длительностью повышенного слизиобразования, неизменно приводит к снижению регенераторных возможностей эпителия и способствует развитию дистрофического процесса.

В эпителиальных клетках при некоторых формах хронического фарингита происходят дегенеративные и дистрофические процессы, характеризующиеся, главным образом, деструкцией и почти полным исчезновением митохондрий, их вакуолизацией, нарушением их структуры (Овчинников А.Ю., 1985).

В настоящее время нет достаточно аргументированной детальной классификации дистрофических изменений слизистой оболочки глотки.

Не выработана единая классификация хронического фарингита, которая удовлетворяла бы клиницистов. Основные существующие классификации основаны либо на клинко-морфологической картине заболевания (Козлова И.Г., 1959; Лозанов Н.Н., 1960; Соболев И.М., 1963; Lederer, 1944; Szymausky, 1959; Maduro, 1961; David-De-Deweese, 1973), либо на этиопатогенетических факторах заболевания (Maduro, 1961; Bouche, 1977).

Наиболее приемлемой в клинических условиях является классификация И.Г. Козловой (1959), по которой различают: катаральный хронический фарингит, гипертрофический диффузный фарингит, субатрофический фарингит, атрофический фарингит, гранулёзно-боковой хронический фарингит, комбинированный атрофико-дистрофический фарингит.

В существующих руководствах и публикациях, фарингиты делят на острые и хронические, а хронические принято делить на катаральные, гипертрофические и атрофические (Исхаки Ю.Б., Кальштейн Л.И., 1984; Пальчун В.Т., Преображенский Н.А., 1985; Солдатов И.Б., 1994). При этом В.Т. Пальчун (1985) придерживается несколько иной терминологии. Катаральная форма хронического фарингита им обозначена как простой хронический катаральный, а хронический гипертрофический фарингит делится на гранулезный и боковой гранулезный. И.Б. Солдатов (1994) хронический гипертрофический фарингит делит на диффузный и очаговый. К хроническому атрофическому фарингиту И.Б. Солдатов относит атрофические изменения слизистой оболочки глотки у пожилых людей (инволюционный атрофический фарингит). По мнению автора, существуют и смешанные формы хронического фарингита (на фоне атрофии слизистой оболочки отмечаются гранулы лимфоидной ткани). Ю.А. Джамалудинов (1998) хронический фарингит делит на первичные и вторичные (симптоматические). Первичные и вторичные фарингиты могут быть катаральными, гиперпластическими и атрофическими. Атрофический фарингит делит на ограниченный, распространенный и инволюционный.

Таким образом, существующие классификации не учитывают степень нарушенных функций при дистрофических изменениях глотки, т.е. не отвечают современным представлениям формулировки диагноза, что имеет важное значение.

Терминология субатрофический и атрофический фарингит используется во многих руководствах, статьях и среди практикующих врачей-отоларингологов. Мы считаем этот диагноз устаревшим и неточным. Отсутствие воспалительных изменений со стороны слизистой оболочки глотки свидетельствует о том, что речь идет о дистрофии слизистой оболочки глотки.

Считаем целесообразным рассматривать субатрофический и атрофический фарингит как дистрофию слизистой оболочки глотки.

При оценке степени выраженности дистрофии нужно учитывать не только местную симптоматику и местные изменения слизистой оболочки глотки, но и функциональные нарушения нервной системы (неврозы, канцерофобия). Такое деление по степеням дистрофии слизистой оболочки

глотки позволит более адекватно и целенаправленно проводить лечение таких больных.

Мы считаем, что дистрофию слизистой оболочки глотки следует подразделить на три степени. I степень — сопровождается только местной симптоматикой, жалобы на сухость, першение, ощущение инородного тела, лёгкая болезненность при глотании слюны. После своевременного проведённого лечения эти жалобы проходят; II степень — помимо местных изменений и местной симптоматики присоединяется функциональное нарушение нервной системы — невроз, которое иногда приводит к развитию канцерофобии. Появляется ощущение инородного тела которое не исчезает; III степень — развивается стойкая канцерофобия, когда обычное лечение у оториноларинголога не даёт эффекта, а требуется помощь психотерапевта и психоневролога.

Под нашим наблюдением находилось 65 больных с дистрофией слизистой оболочки глотки, в возрасте от 35 до 70 лет, лиц женского пола — 41 (63 %), лиц мужского пола — 24 (37 %) (Таблица 7).

Таблица 7.

**Распределение больных по возрасту и полу
с дистрофией слизистой оболочки глотки.**

Пол	Возраст в годах				Всего	%
	35-39	40-49	50-59	60-70		
Женский	5	8	12	16	41	63
Мужской	2	4	8	10	24	37
Итого:	7	12	20	26	65	100
%	10,8	18,5	30,7	40	100	

Следует отметить, что в возрасте 35-49 лет дистрофия слизистой оболочки глотки встречалась у 29,3 % наблюдаемых больных, а в возрасте 50-70 лет количество таких больных составило 70,7 %. Во всех возрастных группах преобладали лица женского пола.

Наблюдаемых больных, согласно нашей классификации, мы разделили на три группы.

У 24 (37 %) больных установлена дистрофия I степени, у 30 (46 %) — дистрофия II степени и у 11 (17 %) — дистрофия III степени (Таблица 8).

Таблица 8.

**Распределение больных в зависимости от степени
дистрофии слизистой оболочки глотки.**

Степень	Количество больных
---------	--------------------

дистрофии	Число	%
I степени	24	37
II степени	30	46
III степени	11	17
Всего:	65	100

Взаимосвязь дистрофии слизистой оболочки глотки с возрастом представлена в таблице 9.

Таблица 9.

Взаимосвязь дистрофии слизистой оболочки глотки с возрастом.

Степень дистрофии	Возраст в годах				Всего	%
	35-39	40-49	50-59	60-70		
I степень	7	12	5	—	24	37
II степень	—	—	15	15	30	46
III степень	—	—	—	11	11	17
Итого	7	12	20	26	65	100
%	10,8	18,5	30,7	40	100	

Как следует из таблицы 9 с возрастом степень дистрофии слизистой оболочки глотки увеличивается. В возрастной группе 35-39 лет у 7 больных (100 %), и 40-49 лет у 12 больных (100 %) имело место дистрофия I степени. В возрастной группе 50-59 лет у 15 больных (75 %) установлена дистрофия II степени, у 5 больных (25 %) встречалась дистрофия I степени. В возрастной группе 60-70 лет у 15 больных (57 %) установлена дистрофия II степени, а у 11 больных (43 %) — III степени.

Таким образом, выявлена прямая связь возраста с дистрофическими изменениями со стороны слизистой оболочки глотки.

Из 65 больных дистрофией слизистой оболочки глотки 35 больных ранее перенесли тонзиллэктомию. У 7 больных (20 %) развилась дистрофия I степени через 5 — 10 лет. Дистрофия II степени развилась у 10 больных (28 %) через 11 — 20 лет, и у 18 больных (52 %) развилась дистрофия III степени через 20 и более лет.

Таким образом выраженность дистрофических изменений слизистой оболочки глотки прямо пропорциональна длительности времени после тонзиллэктомии.

Результаты изучения зависимости симптоматики от стадии развития дистрофии слизистой оболочки глотки показали, что на сухость в горле жаловались 100 % больных при I - II - III степени дистрофии. Боль при глотании слюны отмечали при дистрофии I степени 42 %, дистрофии II

степени — 30 % и при дистрофии III степени — 18 % больных. Эти данные свидетельствуют о том, что с нарастанием степени дистрофии уменьшается боль. Это объясняется тем, что в результате дистрофических изменений снижается чувствительность слизистой оболочки глотки. Кашель при дистрофии I степени отмечали 21 %, при дистрофии II степени — 23,3 %, и при дистрофии III степени — 82 % больных. Это объясняется тем что у больных с дистрофией III степени в 78 % обнаружены сердечно-сосудистые заболевания. На ощущение инородного тела, которое исчезало после проведённого местного лечения жаловались 100 % больных с дистрофией I степени. При дистрофии II степени 100 % больных жаловались на ощущение инородного тела которое не исчезало после местного лечения, такое состояние мы расценивали как функциональное нарушение нервной системы — невроз. Канцерофобия установлена у 100 % больных при дистрофии III степени.

Слизистая оболочка задней стенки глотки при I - II - III степени дистрофии выглядела сухой, истончённой у 100 % наблюдаемых больных. С нарастанием дистрофии цвет слизистой оболочки изменялся от бледно розовой до тусклой с синюшным оттенком — у 82 % наблюдаемых больных с дистрофией III степени. При дистрофии I степени на слизистой оболочке глотки у 100 % больных обнаружено наличие густой вязкой слизи серого цвета, а при дистрофии II степени эти изменения имели место у 66 % больных.

Исследование взаимосвязи дистрофии слизистой оболочки глотки с общими заболеваниями показало, что на первом месте по частоте среди сопутствующих заболеваний находятся хронические гастриты. Они отмечены у 62 больных (95,3 %). На втором месте — сердечно-сосудистые заболевания, они выявлены у 51 больного (78,0%). Шейный остеохондроз у 36 больных (55,0 %). Функциональные расстройства нервной системы (невроз и канцерофобия) выявлены у 19 наблюдаемых больных (29,2 %). Таким образом, чем выраженнее дистрофия, тем больше сопутствующих заболеваний.

Таким образом, представленная нами классификация дистрофических изменений слизистой оболочки глотки учитывает степень нарушенных функций не только со стороны слизистой оболочки глотки, но и функциональные нарушения нервной системы. Такое деление по степеням дистрофии слизистой оболочки глотки позволит более адекватно и целенаправленно проводить лечение таких больных.

Анализ работ, посвященных изучению эффективности различных способов и методов лечения хронического фарингита свидетельствует о достаточном лечебном эффекте в тех случаях, если в комплекс мероприятий

включались препараты, обладающие антибактериальным, противовоспалительным действием и высокой биологической активностью.

Эффективность применяемых методов терапии хронического фарингита оценивалась авторами на основании данных клинического обследования больных. Однако, судить об эффективности лечения только по данным визуального осмотра и жалобам больных чрезвычайно трудно.

Многие лекарственные препараты у больных хроническим фарингитом применяются в виде аппликаций, орошений, ингаляций и т.п.

В нашей работе с лечебной и профилактической целью использовался отечественный препарат природного происхождения «Фарингал», производимый Научно-производственным фармацевтическим предприятием «Салута-М» г. Москва.

«Фарингал» представляет собой медленно рассасывающуюся таблетку, состоящую из водорастворимых экстрактов лекарственных растений: зверобоя, календулы, тысячелистника, солодки, плодов шиповника, свеклы, а также комплекса витаминов (группы В и С) и минеральных веществ.

Предлагаемый способ лечения позволяет создавать длительное воздействие лекарственных составляющих на слизистую ротоносоглотки. Таблетка принимается после еды, не проглатывается, не разжевывается, она в течение одной минуты плотно прилипает к твёрдому нёбу и остается в ротовой полости до полного рассасывания (от 1 до 2 часов, такая форма применения даёт возможность создавать длительное лечебное воздействие на воспалительные и дистрофические процессы в ротоносоглотке).

Изучение эффективности препарата проведено у 90 больных в возрасте от 15 до 65 лет, они составили основную группу. Контрольную группу составили 30 больных, которые получали местное лечение путём смазывания слизистой оболочки глотки раствором Люголя с глицерином 2 раза в день.

Для изучения динамики жалоб во время лечения нами была разработана специальная сенсорно — аналоговая шкала. Фарингоскопическая картина оценивалась по визуально — аналоговой шкале. Больных просили самостоятельно оценить своё состояние и ранжировать выраженность симптомов заболевания в соответствии с предложенной сенсорно — аналоговой шкалой. Оценка выраженности симптомов проводилась в баллах по 5-балльной шкале: 0 — отсутствие, 1 — очень слабые, 2 — слабо выраженные, 3 — умеренно выраженные, 4 — резко выраженные.

Оценка результатов лечения проводилась врачом и пациентом по следующей шкале: 1 — отличный эффект, все симптомы исчезли; 2 — удовлетворительная, большинство симптомов исчезло, но некоторые остались, хотя слабо выражены; 3 — плохой, улучшения нет, без эффекта.

Для подтверждения эффективности консервативного лечения проведено исследование микрофлоры материала со слизистой оболочки ротоглотки, изучение микрофлоры проводили до и после лечения, а также изучали состояние местного и общего иммунитета до и после лечения.

Из 43 больных у 33 больных (76,7 %) микробный состав показал преобладание аэробных патогенных кокков вида *Staphylococcus aureus* и *Streptococcus viridans*. У пяти больных высеяны грибы рода *Candida albicans*. После лечения отмечалась положительная динамика, исчезла патогенная и грибковая флора в посевах со слизистой оболочки ротоглотки.

Для изучения действия препарата на патогенную микрофлору не только слизистой оболочки ротоглотки, но и кишечника одновременно проводилось бактериологическое исследование микрофлоры кишечника до и после лечения (Таблица 10).

Таблица 10.

**Результаты бактериологического исследования
микрофлоры кишечника до и после лечения.**

Микрофлора	До лечения	После лечения	Норма
Общее количество кишечной палочки	1-2 млн/г	220-230 млн/г	300-400 млн/г
Гемолизирующая кишечная палочка	100 %	9 %	—
<i>Citrobacter</i>	42 %	не обнар.	до 5 %
<i>Enterococcus</i>	80 %	10 %	до 25 %
<i>Klebsiella</i>	10 ²	не обнар.	—
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	90 %	не обнар.	—
<i>Staphylococcus aureus</i>	0,01 % (10 ⁵)	не обнар.	—

Анализ бактериологического исследования микрофлоры кишечника до лечения показал, что встречались патогенные кокки — *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Enterococcus*. Из прочих микроорганизмов встречались *Klebsiella*, *Citrobacter*, а также высокий процент гемолизирующей кишечной палочки. Обнаружение условно-патогенной грамм-отрицательной капсульной бактерии рода *Klebsiella* свидетельствует о значительном снижении иммунных сил организма и это соответствует с показателями снижения местного и общего иммунитета.

В результате лечения значительно улучшилась микрофлора кишечника. Повысилось общее количество кишечной палочки. Исчезло количество *Citrobacter*, уменьшилось количество *Enterococcus*. Полностью исчезла патогенная флора — *Staphylococcus aureus* и *Staphylococcus epidermidis*.

Нарушения деятельности нормальной микрофлоры тормозят расщепление и реабсорбцию ферментов энтерокиназы и щелочной фосфатазы, приводят к обеднению организма витаминами, особенно витаминами группы В. Это в свою очередь отрицательно влияет на течение физиологических процессов и общую реактивность организма. Всё это создает неблагоприятный фон для течения заболеваний инфекционной, так и неинфекционной природы, а при определённых условиях становится патогенетическим фактором для развития тяжелых вторичных расстройств, вплоть до генерализованных форм эндогенной инфекции. С этих позиций препарат растительного происхождения «Фарингал» может стать рациональным средством специфического лечения восстановления нормальной микрофлоры наряду с препаратами живых бактерий нормального биоценоза, т.к. обладает выраженной антагонистической активностью в отношении патогенной и условно — патогенной микрофлоры, а также восстанавливает нормальный биоценоз кишечника и способствует клиническому выздоровлению.

Терапевтическая эффективность «Фарингала» наряду с прямым воздействием на микрофлору в слизистой оболочке ротоглотки включает также нормализацию микрофлоры кишечника, что приводит к повышению иммунологической реактивности и общей неспецифической резистентности организма больных с хроническим фарингитом сочетанной с дисбактериозом.

На основании клинических методов исследования непосредственные результаты (1 — 10 день) изучены у 30 больных хроническим катаральным фарингитом.

Схема лечения: «Фарингал» 0,6; по 1 таблетке 4 раза в сутки. Таблетка в течение одной минуты плотно прилипает к твёрдому нёбу и остаётся в ротовой полости до полного рассасывания, в течение 1 — 2 часов.

Анализ сенсорно — аналоговой шкалы показал, что на 5 день после проведённой терапии больные отметили клиническое улучшение, которое проявилось уменьшением боли в глотке, саднения, першения, кашля и вязкой слизи. В течение 5 дней лечения динамика средних значений выраженности симптомов показал снижение среднего балла с 15,3 до 4,1. К 7 — 10 дню лечения у 90 % больных эти симптомы полностью исчезли.

Данные визуально-аналоговой шкалы указывали на положительную динамику: с 3-го дня лечения уменьшается отёк и гиперемия слизистой оболочки глотки.

Лечение оказалось эффективным у всех 30 больных хроническим катаральным фарингитом, у 24 из них эффект был отличным и хорошим (80 %) и у 6 — удовлетворительным (20 %). Все больные ХКФ хорошо переносили лечение, побочных действий и аллергии не зарегистрировано.

Динамика содержания иммуноглобулинов в ротоглоточном секрете и сыворотке крови у больных хроническим катаральным фарингитом до и после лечения препаратом «Фарингал» представлена в таблице 11.

У больных хроническим катаральным фарингитом содержание S Ig A, и Ig A в ротоглоточном секрете было в 4,5 раза ниже, чем в контроле ($p < 0,05$). В результате лечения содержание секреторного Ig A, и Ig A повышалось в 6,5 раз приближаясь к данным контрольной группы и составляя $150,7 \pm 3,62$; $193,6 \pm 3,8$ соответственно. Иммуноглобулин G достоверно увеличивался после лечения ($p < 0,01$) и значительно в 3,8 раза превышал содержание его в контрольной группе. Это указывает на повышение местного иммунитета в результате лечения на способность больных с хроническим катаральным фарингитом отвечать выраженным усилением местного иммунного ответа. Повышенное содержание Ig A в сыворотке крови на фоне нормального или умеренно сниженного уровня других иммуноглобулинов свидетельствует о наличии активной формы воспалительного процесса у данной группы больных.

Таблица 11.

Содержание иммуноглобулинов в ротоглоточном секрете и сыворотке крови у больных хроническим катаральным фарингитом до и после лечения препаратом «Фарингал».

Исследуемые показатели	До лечения 15 больных	После лечения 15 больных	Здоровые лица 10 больных
Концентрация иммуноглобулинов в ротоглоточном секрете:			
S Ig A мкг/мл	$23,1 \pm 3,16^{++}$	$150,7 \pm 3,62^{**}$	$105 \pm 5,1$
Ig G мкг/мл	$36,1 \pm 2,23^{++}$	$55,4 \pm 4,0^{**}$	$14,4 \pm 3,0$
Ig A мкг/мл	$116,2 \pm 3,2^{++}$	$193,6 \pm 3,8^{**}$	$194 \pm 7,3$
Концентрация иммуноглобулинов в сыворотке крови			
Ig A мг/мл	$3,04 \pm 0,09^{++}$	$3,06 \pm 0,08^{++}$	$2,32 \pm 0,07$
Ig G мг/мл	$13,62 \pm 0,4^{++}$	$14,63 \pm 0,5^{+}$	$16,3 \pm 0,4$
Ig M мг/мл	$1,32 \pm 0,12$	$1,3 \pm 0,2$	$1,21 \pm 0,3$

Примечания: (+) — $p < 0,05$, (+ +) — $p < 0,01$ — достоверное различие по сравнению с контрольной группой;

(*) — $p < 0,05$, (* *) — $p < 0,01$ — достоверное различие по сравнению с группой больных до лечения.

После лечения отмечалось значительное улучшение: исчезла патогенная флора в посевах со слизистой оболочки ротоглотки. Лишь у одного больного массивный рост золотистого стафилококка после лечения показал единичный рост золотистого стафилококка.

Таким образом, результаты клинических, бактериологических и иммунологических исследований больных хроническим катаральным фарингитом свидетельствуют о том, что лечение «Фарингалом» указанного заболевания способствует ликвидации хронического катарального воспалительного процесса в глотке.

Эффективность лечения изучено у 30 больных хроническим гипертрофическим фарингитом.

Схема лечения: «Фарингал» 0,6 по 1 таблетке 5 раз в сутки.

Анализ сенсорно-аналоговой шкалы показал, что на 7 день лечения больные отметили клиническое улучшение, которое проявилось уменьшением боли в глотке, саднения, першения, ощущения инородного тела в глотке. В течении 7 дней лечения динамика средних значений выраженности симптомов показала снижение среднего балла с 12,5 до 2,0. К 10-му дню лечения эти симптомы полностью исчезли.

Данные визуально-аналоговой шкалы указывали на положительную динамику: с 3-го дня лечения уменьшается гиперемия слизистой оболочки глотки, гиперемия и отёк лимфоидных образований глотки (гранул, боковых валиков). На 7 день лечения исчезала гиперемия слизистой оболочки глотки, значительно уменьшались размеры лимфоидных гранул и боковых валиков, а к 10-му дню они полностью исчезали.

Согласно критериям оценки терапевтической эффективности у всех 30 больных лечение оказалось эффективным, у 27 из них эффект был отличным и хорошим (90 %) и у 3 — удовлетворительным (10 %). Все больные хроническим гипертрофическим фарингитом хорошо переносили лечение, побочных действий и аллергии не было.

Гипертрофическая форма фарингита характеризовалась до лечения изменённым уровнем местного иммунитета, так показатели S Ig A и Ig A были в 5,8 и 5,7 раза ниже нормы, на фоне высокого уровня Ig G в ротоглоточном секрете. После лечения содержание особенно S Ig A повышалось, однако не достигая контрольного уровня. А Ig G имел обратную тенденцию снижения после лечения. Динамика содержания иммуноглобулинов в ротоглоточном секрете и сыворотке крови больных хроническим гипертрофическим фарингитом до и после лечения препаратом «Фарингал» представлена в таблице 12.

Таблица 12.

Содержание иммуноглобулинов в ротоглоточном секрете и сыворотке крови больных хроническим гипертрофическим фарингитом до и после лечения препаратом «Фарингал».

Исследуемые показатели	До лечения	После лечения	Здоровые лица
------------------------	------------	---------------	---------------

	12 больных	12 больных	10 больных
Концентрация иммуноглобулинов в ротоглоточном секрете:			
S Ig A мкг/мл	$18,1 \pm 3,3^{++}$	$44,2 \pm 3,5^{*+}$	$105 \pm 5,0$
Ig G мкг/мл	$47,3 \pm 2,6^{++}$	$30,3 \pm 3,0^{*+}$	$14,4 \pm 3,0$
Ig A мкг/мл	$33,8 \pm 3,4^{++}$	$36,3 \pm 3,7^{++}$	$194 \pm 7,3$
Концентрация иммуноглобулинов в сыворотке крови			
Ig A мг/мл	$2,49 \pm 0,02$	$2,49 \pm 0,03$	$2,32 \pm 0,07$
Ig G мг/мл	$16,79 \pm 0,4$	$17,1 \pm 0,6$	$16,3 \pm 0,4$
Ig M мг/мл	$2,15 \pm 0,2^{+}$	$2,30 \pm 0,3^{++}$	$1,21 \pm 0,3$

Примечания: (+) — $p < 0,05$, (+ +) — $p < 0,01$ — достоверное различие по сравнению с контрольной группой;

(*) — $p < 0,05$, (* *) — $p < 0,01$ — достоверное различие по сравнению с группой больных до лечения.

В отличие от локальных показателей, отражающих функциональное состояние иммунной системы, изученные нами параметры гуморального звена иммунитета — содержание иммуноглобулинов А, М, G классов в сыворотке периферической крови больных хроническим гипертрофическим фарингитом мало чем отличаются от таковых у здоровых людей. Имеющаяся тенденция к снижению иммуноглобулинов всех трёх классов у больных нечётко выражена. Очевидно, это связано с адаптационными механизмами иммунной системы к хроническому длительному течению заболевания.

После лечения в посевах со слизистой оболочки ротоглотки патогенная флора не обнаруживалась.

Из выше изложенного можно заключить, что отсутствие у большинства наблюдаемых больных субъективных и объективных симптомов хронического гипертрофического фарингита после проведённого лечения свидетельствуют о положительном терапевтическом эффекте воздействия на патологически изменённую слизистую оболочку глотки лекарственных препаратов природного происхождения.

Нормализация содержания иммуноглобулинов в ротоглоточном секрете и сыворотке крови, характеризующих местный и системный иммунитет может указывать на включение лимфоидных образований глотки в защитные реакции организма.

Соблюдение указанного положения важно у перенесших тонзиллэктомию, поскольку у них после удаления миндалин резко снижается содержание S Ig A в ротоглоточном секрете, обеспечивающего специфическую защиту слизистой оболочки (Э.В. Гюллинг, 1973; В.Н. Горбачевский, Ю.А. Гриневич, 1976), что подтвердилось и нашими исследованиями.

Лечение препаратом «Фарингал» по поводу дистрофических изменений слизистой оболочки глотки проведено у 30 больных.

До лечения все больные жаловались на сухость в глотке, 60,1 % больных жаловались на постоянную сухость в глотке, 38,7 % на периодическую сухость, 35,0 % больных жаловались на ощущение инородного тела в глотке, 37,5 % — беспокоила боль в глотке ночью и утром, 26,3 % — кашель по утрам.

Схема лечения «Фарингал» 0,6 по 1 таблетке 4 раза в сутки.

На 3 день лечения больные отметили уменьшение выраженности симптомов. К 10 дню лечения выше перечисленные жалобы исчезли, если у некоторых больных они сохранились то выраженность их была значительно меньше. В течение 7 дней лечения динамика средних значений выраженности симптомов показала снижение среднего балла с 15,1 до 2,0.

До лечения у значительного количества больных слизистая оболочка задней стенки глотки была истончена, сухая, покрыта густой слизью или сухими корками. Через 10 дней после лечения при фарингоскопии слизистая оболочка выглядела влажной, отсутствовали корки и густая слизь на её поверхности.

Лечение «Фарингалом» оказалось эффективным у 29 больных (96,6 %) дистрофическими изменениями слизистой оболочки глотки. У одной больной лечение оказалось не эффективным, так как у больной было неврозоподобное состояние, канцерофобия, после дополнительного назначения седативных препаратов эффективность лечения улучшилось.

Дистрофические изменения слизистой оболочки глотки характеризуются ослабленным состоянием антибактериального иммунитета в глотке. Так S Ig A и Ig A были достоверно снижены по сравнению с группой здоровых лиц и даже после лечения не приходили к норме, отвечая вялым характером местного иммунного ответа, характеризующимся повышением S Ig A лишь на 20 % по сравнению с его уровнем до лечения. Содержание Ig G и Ig A в секрете даже несколько снижалось. Это указывает на то, что по-видимому, данной группы больных, с учётом слабого их иммунного ответа, необходимо проводить более длительный курс лечения. Динамика содержания иммуноглобулинов в ротоглоточном секрете и сыворотке крови больных с дистрофическими изменениями слизистой оболочки глотки до и после лечения препаратом «Фарингал» представлена в таблице 13.

Таблица 13.

Содержание иммуноглобулинов в ротоглоточном секрете и сыворотке крови больных с дистрофическими изменениями слизистой оболочки глотки до и после лечения препаратом «Фарингал».

Исследуемые показатели	До лечения	После лечения	Здоровые лица
------------------------	------------	---------------	---------------

	12 больных	12 больных	10 больных
Концентрация иммуноглобулинов в ротоглоточном секрете:			
S Ig A мкг/мл	38,46 ± 2,6 ⁺⁺	46,9 ± 2,2 ^{*++}	105 ± 5,0
Ig G мкг/мл	28,2 ± 2,2 ⁺⁺	26,04 ± 2,4 ⁺	14,4 ± 3,0
Ig A мкг/мл	87,0 ± 3,0 ⁺⁺	79,2 ± 3,3 ⁺⁺	194 ± 7,3
Концентрация иммуноглобулинов в сыворотке крови			
Ig A мг/мл	3,59 ± 0,075 ⁺⁺	3,51 ± 0,076 ⁺⁺	2,32 ± 0,07
Ig G мг/мл	14,2 ± 0,6 ⁺	14,6 ± 0,6 ⁺	16,3 ± 0,4
Ig M мг/мл	1,75 ± 1,0	1,6 ± 1,1	1,21 ± 0,3

Примечания: (+) — $p < 0,05$, (+ +) — $p < 0,01$ — достоверное различие по сравнению с контрольной группой;

(*) — $p < 0,05$, (* *) — $p < 0,01$ — достоверное различие по сравнению с группой больных до лечения.

После лечения в посевах со слизистой оболочки ротоглотки патогенная флора не обнаружена.

Таблица 14.

Динамика средних значений выраженности симптомов на фоне лечения «Фарингалом».

	Среднее значение выраженности симптомов	
	В начале лечения	В конце лечения
Хронический катаральный фарингит	15,3	4,1
Хронический гипертрофический фарингит	12,5	2,0
Дистрофические изменения слизистой оболочки глотки	15,1	2,0
Контрольная группа	15,2	8,0

В контрольной группе больных в результате лечения динамика средних значений выраженности симптомов показала незначительное снижение среднего балла с 15,2 до 8,0 в отличие от основной группы (Таблица 14).

Таблица 15.

Результаты лечения.

Группы больных	Эффективность лечения			Всего
	Отличный, хороший	Удовлетворительный	Плохой	
Основная	80 (88,8 %)	9 (11,1 %)	1 (0,01 %)	90
Контрольная	19 (63,4 %)	2 (6,6 %)	9 (30,0 %)	30

Итого:	99 (82,5 %)	11 (9,2 %)	10 (8,3 %)	120
--------	-------------	------------	------------	-----

Результаты лечения оказались эффективными в основной группе больных с применением «Фарингала», где удалось достичь клинически положительного результата у 99,9 % больных, а в контрольной группе лишь у 70 %.

Применение «Фарингала» в комплексном лечении хронических фарингитов позволило добиться более быстрого купирования клинической симптоматики, что свидетельствует о хорошей терапевтической эффективности препарата. Эффективной терапевтической дозой препарата является 4 — 6 таблеток в сутки в течение 10 дней при катаральной и гипертрофической форме хронического фарингита, а при дистрофических изменениях слизистой оболочки глотки с учётом слабого их иммунного ответа необходимо проводить более длительный курс лечения 20 — 30 дней.

ВЫВОДЫ

1. Хронический фарингит в 77,7 % случаев сочетается с патологией верхних дыхательных путей (хронический вазомоторный ринит, хронический гипертрофический ринит, синуситы и искривление носовой перегородки). Установлено, что между хроническими гнойными синуситами и хроническими фарингитами существует причинно-следственная связь.

2. Рубцовые изменения после тонзиллэктомии способствуют развитию явлений дистрофии слизистой оболочки глотки, которые могут быть квалифицированы как хронический фарингит.

3. Суб- и атрофические фарингиты следует рассматривать как дистрофию слизистой оболочки глотки, которая сопровождается местными трофическими нарушениями слизистой оболочки глотки и общими нарушениями со стороны вегетативной и центральной нервной системы в виде неврозов, неврозоподобных состояний и канцерофобий.

4. Разработанный курс лечения препаратом природного происхождения «Фарингал» позволяет достичь клинически положительного результата у 99,9% больных, подтверждаемый тем, что в посевах со слизистой оболочки глотки после лечения исчезает патогенная микробная и грибковая флора (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus viridans*, *Candida albicans*).

5. Выявлена терапевтическая эффективность «Фарингала» и для восстановления нормального биоценоза кишечника. У 95 % больных хроническим фарингитом сочетанным с дисбактериозом — повысилось общее количество кишечной палочки, исчезло количество *Citrobacter*,

уменьшилось количество *Enterococcus* и исчезла патогенная флора — *Staphylococcus aureus* и *Staphylococcus epidermidis*.

6. Местное длительное воздействие «Фарингала» на слизистую оболочку глотки особенно при хроническом катаральном и гипертрофическом фарингите приводит к быстрому исчезновению воспалительного процесса за счёт повышения активности местного и общего иммунитета.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

1. Хронический атрофический и субатрофический фарингит следует рассматривать как дистрофию слизистой оболочки глотки. При оценке выраженности дистрофии нужно учитывать взаимосвязь с состоянием центральной нервной системы и другими органами. Дистрофию слизистой оболочки глотки следует подразделить на три степени. I степень — дистрофия, которая сопровождается только местной симптоматикой (сухость, першение, ощущение инородного тела, лёгкая болезненность при глотании слюны). После своевременно проведенного лечения эти явления проходят. II степень — помимо местных изменений и местной симптоматики присоединяется невротическое состояние, которое приводит к развитию канцерофобии (ощущение инородного тела, которое не исчезает). III степень — когда развивается стойкая канцерофобия, когда обычное лечение у отоларинголога не дает эффекта, а требуется помощь психотерапевта и психоневролога.

2. Полученные результаты лечения позволяют рекомендовать препарат «Фарингал» для лечения и профилактики дистрофии слизистой оболочки глотки, а так же хронического катарального и гипертрофического фарингита, как высокоэффективный противовоспалительный, иммуностимулирующий, противомикробный, противогрибковый препарат.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Основные результаты проведённых исследований опубликованы автором в следующих работах:

1. Антонив В.Ф., Аксёнов В.М., Лебедева Н.А. Суб-атрофический и атрофический фарингит, как проявление дистрофии слизистой оболочки глотки у лиц пожилого, старческого возраста и у долгожителей. — Вестник оториноларингологии. — 1999 — № 3 — С. 38 — 39.

2. Лебедева Н.А., Пушкарь И.С., и др. Применение «Фарингала» при лечении хронических фарингитов. — Материалы I съезда оториноларингологов Кыргызской республики, 15 — 16 октября 1999 года, Бишкек. — С. 56 — 61.
3. Лебедева Н.А., Тимофеева Т.А., и др. Динамика показателей бактериологических исследований при лечении «Фарингалом» у больных хроническим фарингитом. — Материалы I съезда оториноларингологов Кыргызской республики, 15 — 16 октября 1999 года, Бишкек. — С. 52 — 55.