



УДК: 616. 321–002–003. 233

ВОЗМОЖНОСТИ СУТОЧНОЙ рН-МЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ ВЫСОКОГО РЕФЛЮКСА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ФАРИНГИТАМИ

А. С. ¹Епанчинцева, В. М. ¹Свистушкин,
В. А. ²Исаков, В. Л. ¹Шабаров, Л. В. ¹Гибадуллина

¹ – *Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского*

(Директор – член-корр. РАМН, проф. Г. А. Оноприенко)

² – *ГУ НИИ питания РАМН, г. Москва*

(Директор – акад. РАМН, проф. В. А. Тутельян)

Термином хронический фарингит обозначают хроническое воспаление слизистой оболочки глотки, которое развивается как следствие острого воспаления при неадекватном лечении и не устраненных этиологических факторах [3].

По данным медицинского отдела статистики МЗ РФ количество больных фарингитами различной этиологии неуклонно повышается, а большое количество предложенных методов терапии этого заболевания остается по-прежнему малоэффективным.

Одной из причин отсутствия эффекта при лечении больных хроническим фарингитом может быть гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – «болезнь XXI века».

В настоящее время под данным заболеванием понимают состояние, когда рефлюкс содержимого желудка вызывает появление беспокоящих пациента симптомов и/или развитие осложнений.

Клинические проявления ГЭРБ по современной классификации разделяют на пищеводные и внепищеводные синдромы.

Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни подразделяют на те, у которых связь с рефлюксом установлена: а именно рефлюкс-ассоциированные: кашель, ларингит, бронхиальная астма, дентальные эрозии; и те, связь которых с гастроэзофагеальным рефлюксом предполагается, в этот раздел включены: фарингит, синусит, идиопатический фибрирующий альвеолит, рецидивирующий отит.

Одним из частных проявлений ГЭРБ, приводящих к развитию ее внепищеводной симптоматики является высокий гастроэзофагеальный рефлюкс (ВГЭР). Ряд авторов выделяют также понятие ларингофарингеального рефлюкса, под которым понимают ВГЭР, достигающий гортаноглотки [2, 4].

Несмотря на интерес к данной проблеме основные известные работы посвящены изучению влияния патологического рефлюксата именно на слизистую оболочку гортаноглотки и гортани, мезофарингс же, являясь своеобразным зеркалом страданий желудочно-кишечного тракта, остается в стороне от фундаментальных исследований.

Одной из **целей** нашей работы было изучение высокого кислого рефлюкса у больных различными формами хронического фарингита при помощи высокой суточной рН-метрии.

Материал и методы. Исследование проводили в течение суток на специальном аппарате. Использовали разработанный нами зонд, имеющий такое расположение датчиков, которое позволяет регистрировать рН в области тела желудка, нижней трети пищевода, а также оценивать высокий гастроэзофагеальный рефлюкс (ВГЭР). Измерение ВГЭР может производиться в верхней трети пищевода или на уровне гортаноглотки. В данной работе освещены результаты, полученные при измерении рН на уровне верхней трети пищевода.

Традиционно, по результатам суточной рН – метрии, диагноз ГЭРБ ставят пациенту в том случае, если количество снижений уровня рН в нижней трети пищевода ниже 4,0 превышает 50, если регистрируется более 3 длительных рефлюксов, продолжительностью более 5 минут



каждый и доля времени суток, в течение которой уровень кислотности в пищеводе был менее 4,0 составляет более 4,5% (критерии De Meester).

Высокую суточную рН-метрию провели 178 больным различными формами хронического фарингита в возрасте от 18 до 77 лет, среди которых 47 пациентов страдали гипертрофической, 48 – катаральной, 42 – атрофической, 41 – смешанной формами хронического фарингита.

Согласно вышеуказанным критериям, результаты рН-метрии соответствовали ГЭРБ у 90 (51,3%) больных хроническим фарингитом. Среди больных разными формами хронического фарингита эти результаты существенно отличались. Патологический рефлюкс в нижнюю треть пищевода выявили среди 35 больных хроническим гипертрофическим фарингитом (что составило 74,5% больных этой формой), 28 катаральным (58,3%), 22 смешанным (53,7%), и только у 5 (11,9%) больных атрофическим хроническим фарингитом.

Общая продолжительность кислого рефлюкса в дистальную часть пищевода значительно варьировала: у 26 человек (28,9%) она составила от 1 до 3 часов в сутки, у 12 (13,3%) – от 3 до 6 часов, у 8 (8,9%) – от 6 до 9 часов, у 16 (17,8%) от 9 до 12 часов. Время с рН менее 4,0 в нижней трети пищевода более 12 часов выявили у 28 (31,1%) больных.

Таблица 1

Продолжительность рефлюкса с рН менее 4 в нижнюю треть пищевода у больных хроническим фарингитом

Количество больных, n = 178	Продолжительность рефлюкса, час					
	менее 1 (не учитывался)	1–3	3–6	6–9	9–12	более 12
Абс.	88	26	12	8	16	12
%	48,7	28,9	13,3	8,9	17,8	31,1

Эпизоды кислого ВГЭР среди этих пациентов были зарегистрированы у 74 (82,2%) человек, а именно у 33 больных гипертрофической формой хронического фарингита, у 19 – катаральной, у 18 – смешанной, у 4 – атрофической.

При анализе высокого рефлюкса оказалось, что, несмотря на то, что время общего воздействия патологической среды в верхней трети пищевода значительно меньше, чем в нижней, тем не менее, остается достаточно продолжительным (табл. 2).

Таблица 2

Продолжительность ВГЭР у больных хроническим фарингитом с закислением нижней трети пищевода

Количество больных, n = 90	Продолжительность рефлюкса с рН менее 4 в верхнюю треть пищевода, мин					
	не выявлен	менее 1	1–10	10–30	30–60	более 60
абс.	16	20	29	10	8	7
%	17,8	22,2	32,2	11,1	8,9	7,8

Общее суточное время высокого кислого рефлюкса не превышало 1 минуту только у 20 человек (22,2%). У остальных составляло: 1–10 минут – 29 (32,2%) больных, 10–30 минут – 10 (11,1%) пациентов. Время воздействия высокого рефлюкса у 8 больных (8,9%) было более 30 мин, а у 7 (7,8%) – более часа. У двоих пациентов, входящих в эту группу время кислого ВГЭР оказалось более 12 часов!

Эпизоды ВГЭР регистрировали также у 14 (15,9%) пациентов среди 88 (100%) больных, у которых согласно классическим критериям закисление нижней трети пищевода ГЭРБ не со-

ответствовало. Но лишь у одного больного из данной группы суточная длительность высоких рефлюксов превысила 5 минут, а у остальных эти рефлюксы были единичны и кратковременны. У 9 человек (33,3%) общее время такого рефлюкса не превысило 1 минуты, у 4 человек (14,8%) составило 1–3 минуты (табл. 2).

Таким образом, степень выраженности кислого ВГЭР напрямую зависела от степени закисления нижней трети пищевода. Но, тем не менее, эти рефлюксы были зарегистрированы. Это тем более важно, что, по мнению ряда авторов, даже единичный ВГЭР с рН менее 4,0 должен быть принят во внимание [4].

Таблица 3

Продолжительность ВГЭР с рН менее 4 у больных без патологического закисления нижней трети пищевода

Количество больных, n = 14	Продолжительность рефлюкса с рН менее 4 в верхнюю треть пищевода, мин		
	менее 1	1–3	3–10
абс.	9	4	1
%	33,3	14,8	3,7

Таким образом, кислый ВГЭР разной степени выраженности, среди больных, различными формами хронического фарингита, мы выявили у 39 (83%) больных гипертрофической формой, 22 (45,8%) – катаральной, 22 (52,4%) – смешанной, 5 (12,2%) – атрофической (рис.).

Можно было предположить, что именно у этих пациентов хронический фарингит является внепищеводным проявлением ГЭРБ, поэтому каждому из них была назначена антисекреторная терапия препаратами ингибиторами протонной помпы (ИПП). В настоящее время препараты ИПП являются признанным стандартом лечения ГЭРБ благодаря их способности обеспечивать длительное подавление секреции соляной кислоты и, как следствие, высокую частоту восстановления слизистой оболочки и устранения симптомов [1].

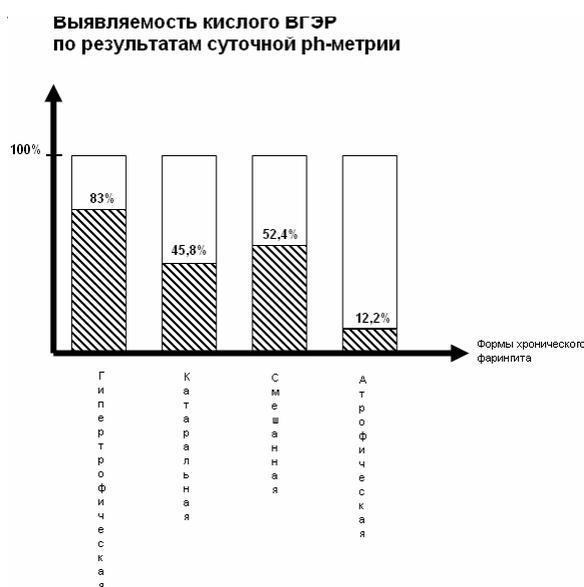


Рис. Выявляемость кислого ВГЭР по результатам суточной рН-метрии у больных хроническим фарингитом.

Результаты применения антисекреторной терапии оказались неоднозначными и были расценены как «отличные», «хорошие» и «удовлетворительные». Такие результаты, видимо, связаны с тем, что ГЭРБ может являться непосредственной причиной развития хронического фа-



рингита, фоном, усугубляющим течение болезни, а также просто сопутствующим заболеванием. При назначении конкретного лечения каждому больному необходимо учитывать также форму хронического фарингита и индивидуальную чувствительность каждого пациента.

Выводы:

У большинства пациентов вероятность формирования хронического фарингита, как внепищеводного проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни зависит от степени выраженности ВГЭР.

Клинический опыт показал, что чем агрессивнее ВГЭР, тем лучше ответ на антирефлюксное лечение.

Высокая суточная рН-метрия позволяет достоверно регистрировать степень выраженности ВГЭР и может быть использована в качестве критерия при прогнозировании эффективности назначаемой терапии у конкретного пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Исаков В. А. Ингибиторы протонного насоса: их свойства и применение в гастроэнтерологии / В. А. Исаков. – М.: ИКЦ «Академкнига», 2001. – 25 с.
2. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и фаринголарингеальный рефлюкс у детей с хронической патологией гортани / Ю. Л. Солдатский, Е. К. Онуфриева, И. Е. Погосова и др. // Вестн. оторинолар. – 2008. – №2. – С. 34–39.
3. Пальчун В. Т. Воспалительные заболевания глотки / В. Т. Пальчун, Л. А. Лучихин, А. И. Крюков. – М.: «Гэотар-Медиа», 2007. – 286 с.
4. Роль фаринголарингеального рефлюкса в генезе заболеваний гортани / М. С. Плужников, С. А. Карпищенко, М. А. Рябова и др. Мат. XVII съезда оториноларингологов России: Тез. докл. – СПб., РИА-АМИ, 2006. – С. 212–213
5. Koufman J. A. The otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease (GERD). / J. A. Koufman // Laryngoscope. – 1991. – Vol. 101, №4 Pt2 (Suppl. 53)–78

УДК: 616. 322–002. 2–085. 83

**НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ
ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА**

К. С. Зырянова¹, Е. Л. Куренков², И. Д. Дубинец¹

ГОУ ВПО Челябинская государственная медицинская академия Росздрава

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

зав. каф. нормальной анатомии – проф. Е. Л. Куренков)

Вопросу гистопатологии миндалин посвящены многочисленные работы как отечественных, так и зарубежных авторов. По определению И. Б. Солдатова (1969) морфологические изменения в небных миндалинах (НМ) при хроническом тонзиллите (ХТ) характеризуются стойкой воспалительной реакцией, с неперенными тремя компонентами – альтерацией, экссудацией и пролиферацией.

Существует ряд патологоанатомических классификаций ХТ. Патологоанатомическая классификация хронического тонзиллита В. Н. Зака, [цит. по 6, 9] выделяет три основных типа ХТ.

1. Хронический поверхностный тонзиллярный лакунит, язвенный или неязвенный. Воспалительный процесс локализуется преимущественно в лакунах миндалин.
2. А. Хронический паренхиматозный тонзиллит (обостренный). Наибольшие изменения наблюдаются в лимфаденоидной ткани (очаги размягчения, смазанность границ фолликулов).

Б. Поверхностный хронический паренхиматозный склеротический тонзиллит. На первый план выступает обильное разрастание соединительной ткани в паренхиме миндалин, фолликулы почти всегда отсутствуют, эпителий остается малоизмененным.