

Иммунотерапия при хронических фарингитах: показания, результаты

А.А. Васяева, профессор Н.А. Арефьева

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», Уфа

Хронические воспалительные заболевания слизистой оболочки глотки – хронические фарингиты встречаются у 3–5% взрослого населения [1,2] и занимают одно из ведущих мест в амбулаторной практике врача-оториноларинголога, а также специалистов широкого профиля.

По характеру изменений, развивающихся в слизистой оболочке глотки (СОГ), выделяют: катаральный, атрофический и гипертрофический хронический фарингит [3–5].

При катаральном фарингите наблюдается постоянная диффузная гиперемия, отек, расширение сосудов слизистой оболочки глотки, гиперсекреция слизистых желез. При атрофическом фарингите слизистая оболочка глотки выглядит истонченной, сухой, нередко покрыта засохшей слизью. На блестящей «лаковой» поверхности слизистой оболочки могут быть видны инъецированные сосуды. При гипертрофической форме фарингоскопия выявляет очаги гиперплазированной лимфоидной ткани на задней стенке глотки или увеличенные тубофарингеальные валики.

Для клинической картины хронического фарингита не характерны повышение температуры и существенное ухудшение общего состояния. Ощущения характеризуются больными как сухость, першение и ощущение комка в горле, что вызывает желание откашляться. При этом обычно скудность объективных находок не соответствует выраженности субъективных симптомов, беспокоящих больных [3,5].

Принято считать, что хронический фарингит возникает в результате воздействия комплекса этиологических факторов. К ним могут быть отнесены как экзогенные факторы, действующие непосредственно на слизистую оболочку глотки, так и эндогенные, связанные с формированием патологии внутренних органов. В патогенезе хронического фарингита имеют значение очаги хронической инфекции в носу, околоносовых пазухах, полости рта, нарушение носового дыхания, заболевания сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем, печени, желудочно-кишечного тракта, нарушение обмена веществ [2,3,5,6]. Многие авторы отмечают угнетение механизмов местного иммунитета слизистой оболочки глотки при хроническом фарингите [4–9].

В лечении хронических воспалительных заболеваний глотки традиционно применяют препараты антибактериального действия, противовоспалительные (в том числе анальгетики) и местно-анестезирующие средства [3]. Также активно используются препараты иммунонаправленного действия (бактериальные лизаты, лизоцим, иммуномодуляторы растительного происхождения) [5,9,10]. При этом в литературе недостаточно данных об эффективности и целесообразности приме-

нения таких препаратов в лечении различных форм хронического воспаления слизистой оболочки глотки.

Материалы и методы

Целью настоящего исследования явилось определение целесообразности и эффективности применения препаратов иммунонаправленного действия в лечении больных с различными формами фарингита на основе изучения адаптационных реакций слизистой оболочки глотки при ее хроническом воспалении.

В исследовании приняли участие 109 пациентов (50 мужчин, 59 женщин) с различными формами хронического фарингита (катаральный, гипертрофический, атрофический).

В исследование не включались пациенты с поверхностным или средним нелеченным кариесом трех и более зубов или глубоким кариесом и периодонтитом, больные с признаками хронического тонзиллита, гипертрофией небных миндалин (кроме первой степени), любыми хроническими заболеваниями внутренних органов в стадии субкомпенсации или декомпенсации, а также женщины в период беременности и лактации.

Кроме того, в исследование не включались пациенты, выкуривающие, по меньшей мере, одну сигарету (папиросу) в день, злоупотребляющие алкоголем (ежедневное и чаще употребление – по данным анкетирования), а также лица, работающие в условиях повышенной запыленности и загазованности воздуха.

Исследуемая группа состояла из трех подгрупп. Первая включала 36 пациентов (16 мужчин, 20 женщин) с хроническим катаральным фарингитом (средний возраст $43,71 \pm 16,84$ лет). Во вторую вошли 37 больных (17 мужчин, 20 женщин) с хроническим гипертрофическим фарингитом (средний возраст $39,98 \pm 7,29$ лет). В третью – 36 больных (17 мужчин, 19 женщин) с хроническим атрофическим фарингитом (средний возраст $53,98 \pm 8,45$ лет).

Эти три клинические группы случайным образом были подразделены каждая на две подгруппы в зависимости от применяемого метода лечения.

Пациенты первой подгруппы получали комбинированный препарат растительного происхождения Тонзилгон Н (корень алтея, цветки ромашки, трава хвоща, листья грецкого ореха, трава тысячелистника, трава дуба, трава одуванчика лекарственного). Препарат оказывает противовоспалительное и антисептическое действие (в том числе противовирусное), стимулирует иммунную защиту организма путем активации клеточного звена иммунитета – фагоцитоза. Препарат назначался перорально по 2 драже 5 раз в сутки. Продолжительность лечения составила 28 дней.

Пациенты второй подгруппы получали препараты, традиционно назначаемые при каждой из форм хронического фарингита. При катаральном и гипертрофическом хроническом фарингите – препарат комбинированного действия для местного применения Стрепсилс (действующие вещества: 2,4–дихлорбензиловый спирт, амилметакрезол, мед, масло мяты перечной, масло лимонное), препарат назначался в виде леденцов для рассасывания – по 1 таблетке каждые 2–3 часа (6 таблеток в сутки). При атрофическом хроническом фарингите – препараты Аквамарис и Ромазулан (в разведении 0,5 столовой ложки препарата на 1,0 л воды) местно. Продолжительность лечения составила 10 дней.

Препараты для назначения пациентам второй подгруппы, а также продолжительность курса лечения ими определяли исходя из сложившейся практики терапии хронических фарингитов, а именно были выбраны наиболее часто назначаемые препараты на основании анализа амбулаторных карт из МУ «Городская поликлиника № 46 города Уфы» за 2001–2006 гг.

Оценка результатов лечения в обеих группах проводилась с использованием сенсорно–аналоговой (заполнялась пациентом) и визуально–аналоговой (заполнялась врачом) шкал. Оценивались данные термометрии и такие показатели, как боль в горле, парестезии (першение, саднение, сухость в горле), наличие гиперемии, отека, атрофии, гипо– или гиперсекреции слизистой оболочки верхних дыхательных путей, наличие на стенках глотки гранул лимфоидной ткани и утолщение боковых валиков глотки, выраженность инъекции сосудов слизистой оболочки задней стенки глотки. Данные регистрировали до начала лечения и на 3, 5, 10 и 28–й дни от начала приема препарата.

В качестве маркера активности местного воспалительного процесса определяли внеклеточную пероксидазную активность (ВПА) слюны [11]. Взятие материала (около 1 мл слюны после полоскания полости рта водой собирали в стеклянную посуду) производили до начала лечения и на 3, 5 и 28–й дни от начала лечения. Полученные результаты сравнивали с показателями 30 практически здоровых лиц (ПЗЛ).

Для оценки эффективности терапии учитывали частоту возникновения рецидивов (обострений) хронического воспаления слизистой оболочки глотки в течение года после окончания курса лечения.

У всех обследуемых было получено письменное информированное добровольное согласие на проведение биомедицинского исследования.

Результаты

Хронический катаральный фарингит

Было установлено, что у большинства больных (22 человека, 61,2%) катаральная форма хронического воспаления слизистой оболочки глотки сопровождалась повышением значений ВПА слюны. У других пациентов (14 человек, 38,8%) уровень ВПА слюны был даже ниже, чем у ПЗЛ (табл. 1). При этом клинически до начала лечения пациенты практически не отличались друг от друга.

На фоне проводимого лечения в обеих группах уже на 3–й день была отмечена положительная динамика клинических симптомов (табл. 2).

Интенсивность болевых ощущений в обеих группах быстро снижалась, различие между группами по этому показателю было статистически недостоверным.

Выраженность глоточных парестезий в первой группе уже на 3–й день была несколько ниже, чем во второй, а к 5–му дню отмечена статистически значимая разница данного показателя в двух группах.

Степень выраженности парестезий коррелировала с данными фарингоскопии, при которой у половины пациентов второй группы к 5–му дню была отмечена сухость СОГ, в то время как в первой группе подобных изменений СОГ не наблюдалось.

У 55% пациентов (10 человек) первой группы к концу курса лечения фарингоскопии было выявлено наличие на задней стенке глотки гранул лимфоидной ткани диаметром до 4 мм, не проявлявшихся какими–либо субъективными ощущениями. Во второй группе подобные изменения отмечены у 1 пациента.

Оценка результатов лабораторного исследования позволила установить различие в динамике показателей ВПА слюны в зависимости от ее исходного уровня и вида лечения.

У лиц с исходно высокими значениями ВПА отмечалась тенденция к снижению уровня ВПА в обеих группах к 5–му дню лечения (1932,7±121,8 у.е. в первой и 1736,7±170,5 у.е. во второй группе) с последующим ростом показателя до исходных величин во второй группе и нормализацией уровня ВПА в первой группе к 28–му дню лечения.

У пациентов второй группы с исходно низкими значениями ВПА слюны показатели существенно не менялись на протяжении всего периода наблюдения, тогда как у пациентов первой группы с исходно низким уровнем ВПА слюны к 28–му дню от начала лечения данный показатель составил 1198,3±102,2 у.е., что досто-

Таблица 1. Динамика уровня ВПА слюны и частота обострений заболевания при хроническом катаральном фарингите

Параметры	Исходно высокий уровень ВПА слюны (у.е.)		Исходно низкий уровень ВПА слюны (у.е.)	
	Первая группа (n=10)	Вторая группа (n=12)	Первая группа (n=8)	Вторая группа (n=6)
ПЗЛ	1570,8±108,5			
До начала лечения	2163,5±192,4*	2253,8±87,7*	676,1±25,3*	577,4±112,1*
3–й день	2345,4±203,6*	2028,2±114,9*	703,2±65,1*	862,4±285,2*
5–й день	1932,7±167,2	1736,8±65,6	596,4±132,8*	735,6±126,4*
28–й день	1435,8±108,4**	2154,8±132,6	1198,3±102,2**	706,9±111,8*
Частота рецидивов	2 (20%)	4 (33,3%)	2 (25%)	5 (83,3%)

Различия показателей в группах достоверны при p<0,05: от ПЗЛ *, до и после лечения**

верно выше исходного уровня и сопоставимо с результатами ПЗЛ (табл. 1).

Частота возникновения обострений заболевания в течение года составила 22,2 и 50% в первой и второй группах соответственно, наибольшая вероятность возникновения обострения заболевания (83,3%) отмечена у пациентов второй группы с исходно низкими значениями ВПА слюны.

Хронический гипертрофический фарингит

Динамика клинических симптомов у пациентов двух групп представлена в таблице 3.

Болевые ощущения у пациентов обеих групп регрессировали к 3-му дню, а на 10 и 28-й дни не были отмечены ни у одного пациента.

Разницы в динамике выраженности парестезий в двух группах на 3, 5 и 10-й дни наблюдения отмечено не было. Во второй группе к концу курса лечения (на 10-й день) у двух пациентов сохранялись слабовыраженные (1 балл по сенсорно-аналоговой шкале) ощущения першения и «комка» в горле, не потребовавшие дополнительного назначения лекарственных препаратов. На 28-й день наблюдения у 9 пациентов второй группы имела место отрицательная динамика субъективных клинических симптомов: они отметили вновь возникшие слабо- и умеренно выраженные (1 и 2 балла по сенсорно-аналоговой шкале соответственно) глоточные парестезии. Пациенты первой группы к 28-му дню лечения каких-либо жалоб не предъявляли.

Гранулы на задней стенке глотки и увеличенные

Таблица 2. Динамика клинических симптомов при хроническом катаральном фарингите

Клинический признак	Первая группа (n=18)					Вторая группа (n=18)				
	До лечения	3-й день	5-й день	10-й день	28-й день	До лечения	3-й день	5-й день	10-й день	28-й день
Боль в горле*	2,05±0,17	1,45±0,16	0,15±0,08	0	0	2,05±0,15	1,65 ±0,17	0,4±0,14	0	0
Парестезии*	2,25±0,20	1,5±0,15	0,35±0,11	0,15±0,05	0	2,15±0,19	1,9±0,17	0,8±0,12	0,2±0,15	0,45±0,18
Температура тела (°C)	36,8±0,05	37,22±0,06	36,84±0,06	36,68±0,04	36,71±0,05	36,78±0,04	37,08±0,05	36,78±0,04	36,72±0,02	36,65±0,04
Гиперемия СОГ*	2,65±0,11	3,0±0,14	1,15±0,15	0,65±0,1	0,2±0,12	2,55±0,11	2,9±0,16	1,65±0,15	0,35±0,12	1,25±0,12
Влажность СОГ**	1,2±0,09	1,65±0,1	1,35±0,08	1,15±0,1	1,1±0,11	1,25±0,10	0,75±0,17	0,45±0,16	0,75±0,2	0,9±0,16
Наличие гранул лимфоидной ткани***	0	0,45±0,11	0,45±0,11	0,65±0,12	0,55±0,10	0	0	0,15±0,08	0,15±0,12	0,05±0,11

* – степень выраженности признака по пятибалльной шкале (от 0 до 4 баллов, где 0 – отсутствие признака, 4 – его максимальная выраженность)
 ** – степень выраженности признака по трехбалльной шкале (от 0 до 2 баллов, где 0 – сухость СОГ, 2 – гиперсекреция желез СОГ)
 *** – степень выраженности признака: имеется – 1 балл, отсутствует – 0 баллов

Таблица 3. Динамика клинических симптомов при хроническом гипертрофическом фарингите

Клинический признак	Первая группа (n=19)					Вторая группа (n=18)				
	До лечения	3-й день	5-й день	10-й день	28-й день	До лечения	3-й день	5-й день	10-й день	28-й день
Боль в горле*	2,35±0,16	1,85±0,12	0,63±0,1	0	0	2,43±0,18	1,92±0,17	0,35±0,14	0	0
Парестезии*	3,15±0,23	1,8±0,15	1,25±0,11	0,35±0,05	0	3,0±0,17	1,95±0,17	1,1±0,12	0,11±0,12	0,64±0,16
Температура тела (°C)	36,82±0,04	37,04±0,05	36,82±0,03	36,78±0,04	36,61±0,05	36,76±0,04	37,18±0,05	36,7±0,04	36,7±0,02	36,68±0,04
Гиперемия СОГ*	2,35 ±0,14	2,44±0,12	1,35±0,18	0,85±0,11	0	2,4±0,18	2,05±0,16	0,85±0,15	0,35±0,14	1,0±0,17
Влажность СОГ**	1,6±0,19	1,6±0,19	1,48±0,08	1,25±0,15	1,04±0,11	1,75±0,10	1,25±0,17	0,5±0,16	0,5±0,16	0,75±0,1
Наличие гранул лимфоидной ткани и/или увеличение боковых валиков глотки*	3,24±0,22	3,24±0,22	3,24±0,22	2,65±0,14	1,15±0,24	3,1±0,17	3,1±0,17	2,25±0,08	1,35±0,16	2,44±0,11

* – степень выраженности признака по пятибалльной шкале (от 0 до 4 баллов, где 0 – отсутствие признака, 4 – его максимальная выраженность);
 ** – степень выраженности признака по трехбалльной шкале (от 0 до 2 баллов, где 0 – сухость СОГ, 2 – гиперсекреция желез СОГ).

боковые валики уменьшались неодинаково. Во второй группе регресс данного патологического признака был отмечен с 5-го, тогда как в первой – только с 10-го дня лечения, однако к 28-му дню нормализация фарингоскопической картины была отмечена у 63,2% пациентов (12 человек) первой группы и лишь у 16,7% пациентов (3 человека) – второй.

Показатели ВПА слюны у пациентов с хроническим гипертрофическим фарингитом до начала лечения были достоверно ниже, чем у ПЗЛ.

В ходе лечения у пациентов первой группы к 28-му дню от начала наблюдения отмечен (что отмечен?) значений ВПА слюны до уровня, сопоставимого с таковым у ПЗЛ, в то время как во второй группе достоверной разницы в показателях за период наблюдения отмечено не было (табл. 4).

Анализ отдаленных результатов лечения показал, что в первой группе больных частота обострений заболевания в течение года составила 26,3%, тогда как во второй – 66,6 % (таблица 4).

Хронический атрофический фарингит

На фоне проводимого лечения в обеих группах была отмечена положительная динамика симптомов (табл. 5). К 10-му дню наблюдения пациенты обеих групп не предъявляли жалоб на боль в горле, а также отмечали уменьшение глоточных парестезий, при этом различие в динамике субъективных симптомов заболевания между группами было статистически недостоверным.

Аналогичные результаты к 10-му дню были получены в отношении таких параметров, как гиперемия и влажность СОГ.

К 28-му дню наблюдения у пациентов первой группы сохранялась положительная динамика клинических проявлений заболевания. Помимо этого, было отмечено появление гранул лимфоидной ткани на задней стенке глотки у 55% пациентов (10 человек) и уменьшение степени выраженности инъекции сосудов СОГ. Во второй группе указанных фарингоскопических изменений не наблюдалось; более того, по окончании курса лечения (с 10-го дня) была отмечена отрицательная динамика таких показателей, как степень выраженности глоточных парестезий и влажность СОГ.

При анкетировании пациенты первой группы

Таблица 4. Динамика уровня ВПА слюны и частота обострений заболевания при хроническом гипертрофическом фарингите

Параметры	Первая группа (n=19)	Вторая группа (n=18)
ПЗЛ	1570,8±108,5	
До начала лечения	725,3±163,8*	706,1±128,9*
3-й день	684,4±223,4*	564,8±156,7*
5-й день	892,1±312,7*	862,2±116,8*
28-й день	1328,4±144,2**	803,4±38,2*
Частота рецидивов	5 (26,3%)	12 (66,7%)

Различия показателей в группах достоверны при p<0,05: от ПЗЛ*, до и после лечения**

Таблица 5. Динамика клинических симптомов при хроническом атрофическом фарингите

Клинический признак	Первая группа (n=18)					Вторая группа (n=18)				
	До лечения	3-й день	5-й день	10-й день	28-й день	До лечения	3-й день	5-й день	10-й день	28-й день
Боль в горле*	1,26±0,17	0,63±0,11	0,24±0,08	0	0	1,26±0,17	0,89±0,15	0,21±0,09	0	0,2±0,09
Парестезии*	2,94±0,16	2,05±0,14	1,42±0,15	0,65±0,05	0,31±0,13	2,89±0,16	2,7±0,13	1,5±0,17	0,5±0,15	0,78±0,16
Температура тела (°C)	36,73±0,04	36,7±0,05	36,71±0,04	36,65±0,04	36,73±0,03	36,72±0,04	36,67±0,05	36,7±0,04	36,72±0,02	36,69±0,03
Гиперемия СОГ*	2,96±0,16	2,63±0,11	1,84±0,11	0,85±0,1	0,21±0,09	2,84±0,13	2,26±0,1	0,94±0,17	0,35±0,12	0,26±0,01
Влажность СОГ**	0	0,05±0,05	0,36±0,11	0,45±0,12	0,68±0,1	0	0,1±0,07	0,47±0,11	0,85±0,2	0,16±0,08
Наличие гранул лимфоидной ткани и/или увеличение боковых валиков глотки*	0	0,21±0,11	0,26±0,10	0,65±0,12	0,55±0,10	0,16±0,08	0,16±0,08	0,16±0,08	0,16±0,08	0,16±0,08
Инъекция сосудов слизистой оболочки задней стенки глотки***	0,78±0,09	0,78±0,09	0,68±0,11	0,64±0,12	0,55±0,11	0,78±0,09	0,78±0,09	0,78±0,09	0,78±0,09	0,78±0,09

* – степень выраженности признака по пятибалльной шкале (от 0 до 4 баллов, где 0 – отсутствие признака, 4 – его максимальная выраженность)

** – степень выраженности признака по трехбалльной шкале (от 0 до 2 баллов, где 0 – сухость СОГ, 2 – гиперсекреция СОГ)

*** – степень выраженности признака: имеется – 1 балл, отсутствует – 0 баллов

отмечали удобство применения препарата по сравнению с традиционными методами лечения атрофических изменений СОГ, предполагающими необходимость местного нанесения лекарственных средств.

Показатели ВПА слюны до начала лечения в настоящем исследовании были максимальными именно у пациентов с атрофической формой хронического воспалений слизистой оболочки глотки. На фоне проводимого лечения значения ВПА слюны уменьшились в обеих группах до показателей, сопоставимых с уровнем ВПА слюны у ПЗЛ (табл. 6).

Частота рецидивов заболевания в течение года в обеих группах была высокой и составила 50% (9 человек) и 61,1% (11 человек) у пациентов первой и второй групп соответственно.

Обсуждение

Согласно общепринятым воззрениям хронические формы воспаления слизистой оболочки глотки рассматриваются, как следствие несостоятельности компенсаторных и приспособительных реакций организма в ответ на различные патологические воздействия, и проявляются дефицитом факторов местного иммунитета [7,8,10,12].

Пероксидаза – фермент, который входит в состав пероксидазной системы клеток, обладает мощной каталитической активностью, восстанавливая перекись водорода, способствует окислению органических соединений. Пероксидазная система присутствует практически во всех клетках организма и обеспечивает различные функции: переваривающие свойства фагоцитирующих клеток (антимикробная функция), совместно с антиоксидантной системой регулирует активность ферментов клеточных мембран клеток организма путем изменения свойств липидов (регуляторная функция), способствует уничтожению в клетках экзогенных и эндогенных чужеродных и вредных продуктов (детоксикационная функция). При дегрануляции фагоцитов (в процессе фагоцитоза) или повреждении паренхиматозных клеток (при воспалении, травме) компоненты пероксидазной системы (пероксидаза, свободные радикалы, перекись водорода и т.д.) попадают во внеклеточное пространство, способствуя осуществлению переваривания микроорганизмов, расположенных внеклеточно (окислительный фагоцитоз), повреждая при этом и собственные клетки окружающих тканей [11].

Показатели ВПА слюны, таким образом, могут являться маркером интенсивности локального воспалительного процесса в слизистой оболочке глотки и отражают состояние местных механизмов неспецифической защиты.

Анализ клинических проявлений заболевания, лабораторных данных и частоты рецидивов (обострений) у пациентов с катаральной и гипертрофической формами хронического фарингита совпадает с представлением о недостаточности местных механизмов иммунного ответа при хроническом воспалении слизистой оболочки глотки. Так, в настоящем исследовании было показано, что у 38,8 % пациентов с хроническим катаральным



Тонзилгон® Н

Целебная сила растений против ангины, хронических тонзиллитов и частых простуд



- Рекомендован для лечения и профилактики острых и хронических заболеваний ротоглотки
- Устраняет воспаление в горле
- Повышает иммунитет
- Применяется с грудного возраста

РЕКОМЕНДОВАНО:



Рег. уд.
П № 014245/01
от 24.11.06
П № 014245/02
от 01.12.06



BIONORICA®
The phytoneering company

БИОНОРИКА АГ, Германия

Тел./факс: (495) 502-90-19
<http://www.bionorica.ru>
e-mail: bionorica@co.ru

фарингитом и у всех больных с хроническим гипертрофическим фарингитом на фоне выраженных клинических симптомов воспаления слизистой оболочки глотки (гиперемия, гиперсекреция, набухание гранул лимфоидной ткани и/или боковых валиков глотки) отмечен низкий уровень ВПА слюны.

Полученные результаты свидетельствуют также о том, что препараты иммунонаправленного действия могут способствовать активации механизмов неспецифической защиты организма на местном уровне у больных с исходно низкими показателями ВПА слюны. Иммуностимулирующий эффект проявляется иммунореабилитацией пациентов с исходно низкими значениями ВПА и ведет к уменьшению количества рецидивов заболевания у таких больных.

Также следует отметить, что традиционно в лечении обострений хронических катаральных и гипертрофических фарингитов используются препараты для местного применения [3,5]. Обычно это препараты с антисептическим и противовоспалительным действием, успешно применяющиеся в лечении острых фарингитов.

Между тем многие исследователи указывают на то, что микробный фактор не играет решающей роли в развитии обострений хронического фарингита, а также отмечают угнетение механизмов местного иммунитета слизистой оболочки глотки при хроническом фарингите [4,5,8].

Сказанное предполагает, что при выборе средства для лечения обострения хронического фарингита следует ориентироваться не столько на широкий антимикробный спектр препарата, сколько на его комплексное (в том числе иммунонаправленное) действие.

Помимо этого, средняя продолжительность приема препарата при обострении хронических фарингитов, как правило, превышает таковую при остром фарингите, в связи с чем возрастает вероятность проявления у препарата для местного применения раздражающего действия на слизистую оболочку глотки. Так, в настоящем исследовании у половины пациентов с хроническим катаральным и гипертрофическим фарингитом, получавших препарат для местного применения, на 5-й день лечения при фарингоскопии отмечалась сухость слизистой оболочки глотки, что отрицательно сказывалось на регрессе субъективных ощущений пациентов.

Атрофические изменения слизистой оболочки глотки традиционно расцениваются, как проявление патологии других органов и систем организма (заболевания желудочно-кишечного тракта, нарушения обмена веществ) или инволютивные изменения [5, 12].

В настоящем исследовании было показано, что хро-

нический атрофический фарингит характеризуется высокими значениями ВПА слюны. Подобная ферментативная активность на местном уровне может приводить к повреждению клеток слизистой оболочки, что согласуется с клиническими проявлениями заболевания.

В то же время высокий уровень ВПА слюны предполагает необходимость назначения препаратов, обладающих противовоспалительным действием, что подтверждается положительной динамикой клинических симптомов заболевания на фоне снижения уровня ВПА слюны у пациентов обеих групп.

Таким образом, наш опыт применения препарата Тонзилгон Н показал его высокую клиническую эффективность в лечении пациентов с катаральной и гипертрофической формами хронического фарингита, а также возможность использования данного препарата в терапии хронического атрофического воспаления слизистой оболочки глотки.

Также в настоящем исследовании было показано, что катаральная, гипертрофическая и атрофическая формы хронического воспаления слизистой оболочки глотки характеризуются различной внеклеточной пероксидазной активностью на местном уровне.

При катаральной и гипертрофической формах хронического фарингита частота рецидивов заболевания достоверно выше, чем при низких значениях внеклеточной пероксидазной активности слюны.

Включение в схему лечения таких пациентов препаратов иммунонаправленного действия (Тонзилгон Н) способствует росту показателей внеклеточной пероксидазной активности слюны и клинически проявляется снижением частоты обострений заболевания.

Литература

1. Графская Н.А., Портенко Г.М., Стрелец Е.В. Лечение и вторичная профилактика хронических фарингитов с учетом микробиоценоза глотки//Мат. XVI съезда оторинолар. РФ. – Сочи, 2001. – С.356–358.
2. Солдатов И.Б. Глотка. // В кн.: Руководство по оториноларингологии. – М., 1994. –С.283–305.
3. Лопатин А.С. Лечение острого и хронического фарингита // PMЖ. 2001. Т. 9, № 16–17. – С. 58–61.
4. Гофман В.Р., Смирнов В.С. Состояние иммунной системы при острых и хронических заболеваниях ЛОР-органов. – В кн.: Иммунодефицитные состояния, под ред. Смирнова В.С., Фрейдлин И.С. – СПб, Фолиант, 2000. – С. 163–187.
5. Пальчун В.Т., Лучихин Л.А., Крюков А.И. Воспалительные заболевания глотки. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2007.
6. Плужников М.С., Панова Н.В., Левин М.Я., Лавренова Г.В., Афанасьева И.А. Фарингит (клинико–морфологические аспекты и криохирургия)/под ред. М.С. Плужникова – СПб.: Диалог, 2006. – 120 с.
7. Драгомирецкий В.Д., Евчев Ф.Д., Бажора Ю.Н. Показатели местного иммунитета слизистой оболочки ротовой части глотки у больных хроническим фарингитом //ЖУНГБ. –1989. – № 6. – С.21–23.
8. Арцимович Н.Г., Корнев А.В., Чугунов В.С. и др. Фарингит как один из ранних симптомов

Таблица 6. Динамика уровня ВПА слюны и частота обострений заболевания при хроническом атрофическом фарингите

Параметры	Первая группа (n=18)	Вторая группа (n=18)
ПЗЛ	1570,8±108,5	
До начала лечения	2580,7±254,3*	3033,2±139,9*
3-й день	2634,8±222,7*	1793,5±356,1**
5-й день	2095,3±612,7	1731,5±80,8**
28-й день	1621,2±124,5**	1934,2±138,4**
Частота рецидивов	9 (50,0%)	11 (61,1%)

Различия показателей в группах достоверны при p<0,05: от ПЗЛ*, до и после лечения**

синдрома хронической усталости и иммунной дисфункции // *Материалы Всероссийского симпозиума «Проблемы иммунологии в оториноларингологии»*. – СПб, 1994. – С.55–56.

9. Лучихин Л.А., Мальченко О.В. Эффективность препарата Имудон в лечении больных с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями глотки // *Вестник оториноларингологии*, 2001; 3: 62–4.

10. Егоров А.А. Клинико–иммунобиологическое обоснование применения лизоцима в лечении хронических фарингитов: Автореф. Дис. Д–ра мед. Наук. СПб, 1996.

11. Азнабаева Л.Ф., Кильсенбаева Ф.А., Арефьева Н.А. Способ определения пероксидазной активности в биологических жидкостях // Патент РФ № 2180114, МПК 7 G 01 N 33/50; опубликован 27.02.2002, *Официальный бюллетень «Изобретения. Полезные модели»*. – № 6. – С. 254.

12. Портенко Г.М., Графская Н.А. Магнитофорез с гепарином в лечении больных хроническим фарингитом // *Вестник оториноларингологии*. – 2002. – № 5. – С. 28–30.