

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ФАРИНГИТА АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

А. А. Суворкина^{В,С,D}, С. М. Пухлик^{А,Е,F}

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

А — концепция та дизайн дослідження; В — збір даних; С — аналіз та інтерпретація даних; D — написання статті; Е — редагування статті; F — остаточне затвердження статті

Цитування: Астма та алергія. 2022. № 1. С. 43–50

Cited: Asthma and allergy. 2022; 1-2, P. 43–50

Резюме. Целью исследования является повышение эффективности диагностики и выбора тактики лечения пациентов с хроническим фарингитом посредством углубленного изучения этиопатогенеза заболевания.

Материалы и методы исследования. В исследовании принимали участие 149 пациентов с жалобами на боль в горле. Всем пациентам выполняли: сбор жалоб и тщательный сбор анамнеза, клиническое обследование, исследование глоточной слизи на клеточный состав в разных отделах глотки; назоцитогرامма; общий анализ крови с оценкой лейкограммы, общий и, при необходимости, специфический IgE; измерение pH слюны в разных отделах глотки; консультации смежных специалистов — гастроэнтеролога, психотерапевта и аллерголога.

Результаты исследования. По результатам оценки жалоб пациентов (с помощью опросника GERDQ, опросников наличия влияния соматического статуса пациента на развитие тревожных состояний и депрессий (GAD-7) scale, тест PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) и анкеты-опросника Sinus-Nasal-Outcome Test 22 (SNOT-22)) мы выявили 37 пациентов с подозрением на заболевание желудочно-кишечного тракта, которые в дальнейшем проходили лечение у гастроэнтеролога; 32 пациента с психосоматическими расстройствами проходили коррекцию врача-психотерапевта и 80 пациентов были с вероятной аллергической природой хронического фарингита. Для подтверждения аллергического характера заболевания мы провели аллергологическое обследование: прик-тесты с пыльцевыми, пищевыми и бытовыми аллергенами, а также определение уровня IgE. Полученные данные показали, что у 76,4 % обследованных пациентов одновременно была обнаружена повышенная чувствительность к нескольким аллергенам.

Выводы. Хронический фарингит является мультидисциплинарной проблемой, требующей привлечения к диагностическому процессу специалистов разного профиля. Разработанный алгоритм диагностики позволяет определить этиологию ХФ и выбрать индивидуальный подход к лечению больных в зависимости от этиопатогенеза заболевания, что улучшит качество жизни пациентов.

Ключевые слова: аллергия, верхние дыхательные пути, глотка, хронический фарингит, качество жизни, диагностический алгоритм, депрессия, психосоматика, опросник.

Хронические фарингиты (ХФ) представляют собой одну из наиболее распространенных патологий верхних дыхательных путей в современной оториноларингологии. ХФ занимают ведущее место по обращаемости в амбулаторной практике оториноларингологов. Одна из самых частых жалоб в кабинете врача первичного звена — боль в горле [1]. При анализе англоязычных поисковых систем при запросе «chronic pharyngitis» Pubmed, Medscape. Cochrane выдают тысячи публикаций, однако при детальном рассмотрении информация относится либо к стрептококковому тонзиллиту/фарингиту, либо к хроническому тонзиллиту. ХФ редко являются самостоятельным заболеванием, так как представляют собой соответствующую реакцию слизистой оболочки на влияние как внешних факторов и раздражителей (горячей жидкости или пара, кислот, щелочей, облучения и др.), так и внутренних. Клинические проявления варьируют в зависимости от этиопатогенетических факторов. Анализ литературы устанавливает зависимость семиотики ХФ также с патологией пищеварительной, иммунной систем,

шейного отдела позвоночника, эндокринными и психосоматическими процессами в организме [2]. Глотка участвует в процессах дыхания, глотания, фонации, вкуса и обоняния. Поэтому симптомокомплекс, возникающий при этой патологии, очень разнообразный. Наиболее частые жалобы пациентов на боли в горле, жжение, першение, кашель, поперхивание, дискомфорт, раздражение в горле, ощущение комка или инородного тела, нарушение глотания, приступы удушья. Часть пациентов жалуется на нарушение сна, аппетита, ощущение тревоги, раздражительности и нервозности. Все это снижает качество жизни пациента и приводит к нарушению психосоматического здоровья [3, 4].

Иногда болезни возникают в человеческом разуме, вызывая негативные мысли, гнев и депрессию [5]. Термин «психосоматика» был введен в медицинскую литературу примерно за 80 лет до Зигмунда Фрейда немецким врачом Иоганном Христианом Августом Хейнротом — первым профессором психиатрии и психотерапии в западном мире [6]. Это стало новым направлением современной медицины, так как часто симптомы со стороны горла не находят объективного подтверждения на приеме у оториноларингологов, а также смежных специалистов.

Некоторые состояния, возникающие на стыке оториноларингологии и психиатрии, могут быть классифицированы как психосоматические. Например, исследования последних лет показывают, что более 45 % населения хотя бы один раз в жизни испытывают ощущение комка в горле («globus pharyngeus») [7].

На первый взгляд, аллергические и психосоматические реакции не имеют ничего общего. Первые представляет собой четко определенные иммунологические процессы, другие описываются как что-то, что трудно поддается объективной оценке. С середины прошлого века ученые заинтересовались вопросом возможной связи между психологическим состоянием и развитием аллергии. Ряд наблюдений предполагают, что тучные клетки, как и другие иммунные клетки, имеют связь с нервными волокнами [8, 9], а их активация после стресса зависит от нервной системы и нейромедиаторов [10, 11].

Существует единая концепция болезней верхних дыхательных путей, которая получила широкое признание. Однако, большинство исследователей обращают внимание на влияние риносинусита, игнорируя при этом различные факторы в нижних дыхательных путях, особенно при аллергической природе фарингита, который до сегодняшнего дня остается не до конца освещенным [12, 13]. Так, опрос, пациентов проведенный в Бельгии, показал, что в целом при ОРВИ и фарингите к назначению антибиотиков прибегает 36 % врачей, что свидетельствует о нерациональной терапии указанных категорий пациентов [14].

Аллергические заболевания представляли интерес для ученых с давних времен. Древнегреческий врач Гиппократ представлял случаи расстройств желудочно-кишечного тракта и кожных проявлений, возникающих в результате непереносимости пищевых продуктов. Древнеримский медик Гален описывал насморк, появляющийся от запаха розы. В 1906 году австрийский педиатр К. Пирке (Clemens von Pirquet) впервые предложил термин «аллергия». По мнению Кошкарлова Н. Н., XXI век станет эпохой аллергии [15], что уже подтвердилось широкой распространенностью аллергических заболеваний. На сегодняшний день они представляют собой глобальную проблему для здоровья, поскольку ими страдают 10–25 % населения мира. При этом фарингеальные симптомы возникают у более чем 50 % пациентов с аллергическим ринитом (АР) [16]. Тучные клетки известны своим основным механизмом действия: IgE-опосредованными аллергическими реакциями через Fc-RI-рецептор. IgE обнаруживается в соединительной ткани под эпителиальными слоями кожи, в дыхательных путях, а также в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) [17, 18, 19].

В литературе широко описаны различные формы аллергического воспаления дыхательного и пищеварительного тракта, при которых наблюдаются те же жало-

бы, что и при ХФ [20]. Последний часто развивается при постоянно затрудненном носовом дыхании. Он может быть вызван не только переходом на дыхание через рот, но и злоупотреблением сосудосуживающими каплями, которые стекают из полости носа в глотку и оказывают там ненужный анемизирующий эффект. Симптомы фарингита могут присутствовать при так называемом постназальном синдроме (англоязычный термин — «postnasal drip») [21]. В этом случае дискомфорт в горле связан со стеканием патологического секрета из полости носа или околоносовых пазух по задней стенке глотки. Помимо постоянного покашливания данное состояние может вызывать у детей появление свистящих хрипов, что требует дифференциальной диагностики с бронхиальной астмой [22]. Литературные данные показывают, что сама слизистая оболочка носа может продуцировать, по меньшей мере, большую часть специфического IgE у пациентов с АР [23].

Существующая классификация хронических заболеваний верхних дыхательных путей, которая все заболевания разделяет на катаральные, гипертрофические и атрофические полностью отменена в ринологии, нет подобных диагнозов и при хронических заболеваниях гортани, однако при характеристике ХФ она все еще используется, видимо в связи с отсутствием лучшей. Любая классификация должна пытаться учитывать этиологический фактор, либо патогенетический механизм, и, в крайнем случае, если ни этиология, ни патогенез неясны, ориентироваться на клинические критерии. Мы не ставим перед собой задачу создания новой классификации ХФ, а пытаемся раскрыть основные этиопатогенетические механизмы развития этой патологии.

Цель — повысить информативность и эффективность диагностики хронического фарингита с целью уточнения его этиологии и патогенеза для выбора адекватной тактики лечения пациентов.

Материалы и методы

На основании многочисленных опросов и обследования пациентов с ХФ мы сконцентрировались на наиболее часто встречающихся причинах, приводящих к развитию характерной симптоматики: заболевания ЖКТ (в основном, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь — ГЭРБ), психогенные расстройства, заболевания носа и околоносовых пазух, сопровождающихся нарушениями носового дыхания и постназальным затеком.

При анализе информации мы исключили пациентов, которым ранее были полностью удалены небные миндалины, часто сопровождающиеся викарной гипертрофией других лимфоидных образований глотки, прежде всего язычной миндалины. Другой, достаточно редко диагностируемой патологией, которую мы не включили в исследование, был синдром шиловидного отростка (или синдром Игла), который характеризуется односторонними

болевыми ощущениями в глотке с характерной симптоматикой и возрастом (старше 40 лет) [24].

У всех пациентов проводился тщательный сбор жалоб и анамнеза болезни, общий осмотр, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия. Всем пациентам проводили общий анализ крови с расшифровкой лейкоцитарной формулы, определяли уровень IgE в сыворотке крови, а также осуществляли кожные тесты с аллергенами.

На первом этапе мы использовали разработанную нами анкету-опросник, включающий жалобы, характерные для ХФ, разработанный на основе шкалы горла GETS и анкету-опросник Sinus-Nasal-Outcome Test 22 (SNOT-22) (таб. 4); а также данные об анамнезе болезни, анамнезе жизни (вредные привычки, условия работы, контакт с вредными веществами), генетический анамнез, аллергологический анамнез по времени возникновения проявлений аллергии (персистирующая или интермиттирующая формы), по коморбидности (АР, бронхиальная астма, аллергический эзофагит и др.), наличие хронических заболеваний ЛОР-органов, нижних дыхательных путей, наличие хронических заболеваний ЖКТ, наличие психогенных заболеваний. Для оценки психосоматического статуса использовали анкеты GAD-7 и тест PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) (таблицы 1, 2).

В дальнейшем в зависимости от результатов обследования мы выделили три группы пациентов (n = 149):

1-я группа — с подозрением на заболевания ЖКТ (37 пациентов или 24,8 % от общей численности выборки);

2-я группа пациентов с психосоматическими нарушениями — 32 пациента или (21,5 %);

3-я группа пациентов с аллергической природой заболевания — 80 (53,7 %) человек.

Ниже перечислены основные жалобы, которые предъявляли большинство обследованных пациентов с ХФ: умеренная боль в горле, першение, трудность при глотании, сильная сухость в горле, дискомфорт при глотании, чаще при проглатывании слюны или симптом «пустого глотка», жжение, дискомфорт в горле, ощущение «комка», «инородного тела», не связанные с глотанием, «ползание мурашек», «наличие тонких волосков в горле», длительное покашливание, упорный приступообразный кашель, ночной храп, апноэ, скопление мокроты, которую трудно откашливать, ощущение удушья (особенно по утрам после сна). Такие проявления часто усиливались при психоэмоциональном напряжении.

Результаты

После оценки жалоб пациентов использовались дополнительные опросники с акцентом на гастроэнтерологические, психосоматические, ринологические и аллергологические проблемы (таблицы 1-4).

По результатам анкеты GERDQ, пациентам, набравшим более 8 баллов, проводилось дополнительное обследование и лечение у гастроэнтеролога.

Таблица 1. Результаты анкеты GERDQ по выявлению ГЭРБ

| Вопрос | Кол-во пациентов | % |
|--|------------------|-------|
| Как часто у Вас возникает изжога? | 32 | 86,48 |
| Как часто Вы ощущает заброс пищи в глотку? | 26 | 70 |
| Как часто возникает боль в верхней части живота? | 27 | 72 |
| Как часто возникает тошнота? | 34 | 91,8 |
| Как часто возникают нарушения сна в связи с изжогой или регургитацией? | 12 | 32,43 |
| Как часто принимаете препараты (антациды или т.п.)? | 12 | 32,43 |

Таблица 2. Результаты оценки пациентов по шкале GAD-7 по возрасту и полу

| Возраст | Кол-во пациентов 8-10 баллов (%) | Кол-во пациентов свыше 11 баллов (%) | пол | |
|-----------|----------------------------------|--------------------------------------|-----|---|
| | | | м | ж |
| 18-28 лет | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29-38 лет | 2 | 8 | 5 | 5 |
| 39-48 лет | 3 | 4 | 5 | 3 |
| 49-58 лет | 2 | 3 | 4 | 1 |
| Всего | 2 | 3 | 2 | 3 |

Таблица 3. Результаты оценки по опроснику депрессии анкеты остояний здоровья (PHQ-9)

| За последние две недели, вы испытывали: | Количество пациентов | (%) |
|---|----------------------|-------|
| 1. Отсутствие интереса к происходящим событиям? | 11 | 34,37 |
| 2. Безразличие, подавленность? | 15 | 46,87 |
| 3. Проблемы с засыпанием, бессонница, наоборот, спали слишком много? | 17 | 53,1 |
| 4. Чувство усталости или упадок сил? | 21 | 65,6 |
| 5. Отсутствие аппетита или переедание? | 9 | 28,1 |
| 6. Чувствуете себя неудачником, вините за то, что тяготите свою семью? | 14 | 43,75 |
| 7. Трудно сосредоточиться на чтение или просмотре телевизора? | 20 | 62,5 |
| 8. Двигаетесь или говорите необыкновенно медленно (заторможенность), или наоборот, возбуждены, двигаетесь больше, чем обычно? | 8 | 25 |
| 9. Мысли о самоубийстве, или причинении себе вреда? | 5 | 15,6 |

По результатам анкетирования пациенты с показателем GAD-7 более 10 баллов и показателем PHQ-9 более 5 проходили дальнейшее лечение у психотерапевта. По результатам теста PHQ-9 у 10 пациентов была легкая депрессия, 14 пациентов страдали депрессией средней степени тяжести, 5 — тяжелой депрессией, а двое из них — крайне тяжелой депрессией.

Для оценки жалоб и качества жизни пациентов с проблемами носа и придаточных пазух носа мы использовали опросник Sinus-Nasal-Outcome Test 22 (SNOT-22). Это позволило выявить основные жалобы, связанные с наличием хронических респираторных заболеваний, определить их степень тяжести, а также психоэмоциональное состояние пациентов. Среднее значение общего количества баллов по результатам анкетного опроса пациентов основной группы с помощью опросника SNOT-22 составило 60,5. Анализируя общее количество баллов, полученных в ходе исследова-

Таблица 4. Результаты оценки пациентов по анкете SNOT-22

| Жалобы | n | % | Пол | | Возраст (лет) | | | |
|--|----|-------|-----|----|---------------|-------|-------|-------|
| | | | м | ж | 18-28 | 29-38 | 39-49 | 49-58 |
| 1. Желание выдуть нос | 72 | 90 | 35 | 37 | 11 | 33 | 21 | 77 |
| 2. Заложенность носа | 74 | 92,5 | 37 | 37 | 10 | 36 | 21 | 7 |
| 3. Чихание | 74 | 92,5 | 36 | 38 | 12 | 34 | 21 | 7 |
| 4. Выделения из носа | 75 | 93,75 | 35 | 40 | 13 | 35 | 20 | 7 |
| 5. Кашель | 77 | 96,25 | 38 | 39 | 13 | 35 | 22 | 7 |
| 6. Постназальные выделения | 71 | 88,75 | 34 | 37 | 12 | 32 | 20 | 7 |
| 7. Густые выделения из носа | 68 | 85 | 30 | 38 | 11 | 34 | 16 | 7 |
| 8. Чувство полноты в ухе | 55 | 68,75 | 29 | 26 | 9 | 26 | 17 | 3 |
| 9. Головокружение | 28 | 35 | 10 | 18 | 1 | 9 | 14 | 4 |
| 10. Боль в ухе | 33 | 41,25 | 17 | 16 | 5 | 15 | 11 | 2 |
| 11. Боль в области лица, давление | 39 | 48,75 | 21 | 18 | 7 | 13 | 15 | 4 |
| 12. Снижение обоняния/вкуса | 76 | 95 | 37 | 39 | 11 | 36 | 22 | 7 |
| 13. Проблемы с засыпанием | 68 | 85 | 34 | 34 | 10 | 32 | 20 | 6 |
| 14. Ночные пробуждения | 63 | 78,75 | 31 | 32 | 5 | 32 | 19 | 7 |
| 15. Нехватка сна | 72 | 90 | 36 | 36 | 11 | 33 | 21 | 7 |
| 16. Просыпаетесь уставшим | 70 | 87,5 | 35 | 35 | 11 | 32 | 20 | 7 |
| 17. Усталось | 76 | 95 | 37 | 39 | 14 | 33 | 22 | 7 |
| 18. Снижена продуктивность | 70 | 87,5 | 33 | 37 | 14 | 29 | 22 | 5 |
| 19. Снижена концентрация | 73 | 91,25 | 36 | 37 | 14 | 33 | 21 | 5 |
| 20. Неудовлетворенность/беспокойство/раздражительность | 75 | 93,75 | 36 | 39 | 13 | 33 | 22 | 7 |
| 21. Грусть | 67 | 83,75 | 30 | 37 | 11 | 31 | 19 | 6 |
| 22. Застенчивость | 39 | 48,75 | 16 | 23 | 8 | 21 | 8 | 2 |

ния при оценке качества жизни с помощью опросника SNOT-22, были выявлены высокие цифры по следующим жалобам на психосоциально-эмоциональное состояние: недостаточный ночной сон, утомляемость, слабость / раздражительность.

«Золотым стандартом» диагностики ГЭРБ является ежедневный рН-тест пищевода, который позволяет определить тип рефлюкса (кислотный или щелочной), общее количество эпизодов рефлюкса в течение дня и их продолжительность (нормальный рН пищевода составляет 5,5-7,0; при рефлюксе — рН может быть меньше 4 или больше 7), связь с едой, положение тела. В отличие от диагноза ГЭРБ, в настоящее время не существует четко установленного «золотого стандарта» для диагностики фаринголарингеального рефлюкса (ФЛР).

В подобных ситуациях следует предложить выставить пациенту диагноз ГЭРБ и ФЛР, порекомендовать ему дальнейшее обследование и подтверждение данного диагноза гастроэнтерологом. Поэтому мы использовали не ежедневный мониторинг, а однократный рН-тест слизистой оболочки глотки. Измерение уровня рН слизистой оболочки глотки (носо-, оральной и гортанной) проводилось с помощью индикаторной лакмусовой бумаги натошак или через 2 часа после еды.

Полученные результаты свидетельствуют, что у ряда обследованных пациентов выявлены достоверно низкие показатели рН-метрии (окисление) слизистой оболочки в области рото- и гортаноглотки. Исследование кислотности слизистой оболочки в области носоглотки практически у всех пациентов были в пределах нормы. Оценка показателей рН-метрии слизистой оболочки свидетель-

ствует, что у пациентов с положительными жалобами и анамнезом относительно патологии ЖКТ, а точнее ГЭРБ достоверно окисляется состояние слизистой оболочки рото- и гортаноглотки, возможно именно за счет заброса кислого содержимого в глотку.

Исследование кислотности носовой и глоточной слизи у больных аллергическим фарингитом (АФ) не показало специфичности. Мы оценивали кислотность в полости носа, в носолотке, рото- и гортаноглотке. Результаты представлены в таблице 5.

Таблица 5. Результаты изучения рН слизи у больных АФ

| Локация | Результаты (n = 80) |
|---------------|---------------------|
| Полость носа | 7,8 ± 1,2 |
| Носоглотка | 7,7 ± 1,3 |
| Ротоглотка | 6,7 ± 1,2 |
| Гортаноглотка | 6,0 ± 1,1 |

Для АФ не характерно значительное снижение кислотности слизи в направлении к пищеводу, что нами отмечено при ГЭРБ.

В группе пациентов с АФ выявлены различные аллергические заболевания. Прежде всего, это аллергический ринит (АР). Было 20 пациентов с сезонным аллергическим ринитом (САР), 18 — с круглогодичным аллергическим ринитом (КАР) и 22 — с обеими формами заболевания.

Жалобы на першение в глотке предъявляли все пациенты с АФ (76 % постоянно и 34 % периодически), а также 78 % из них жаловались на постоянный диском-

форт в глотке, в 22 % — на периодический. Нерезкая боль в глотке без четкой локализации беспокоила также всех больных с АФ. В 67 % случаев при АФ больные жаловались на постоянное отхаркивание вязкой слизи и 33 % из них — на периодическое ее выделение. Ощущение инородного тела имело место при АФ в 35 % случаев. Кашель беспокоил больных с АФ постоянно в 26 % случаев, а периодически — в 36 % наблюдений, чаще в утреннее время суток.

Больные с АФ в 47 % случаев отмечали обострения заболевания в период цветения растений и в 51 % наблюдений при контакте с домашней и библиотечной пылью. При АФ данное заболевание и КАР обострялись в холодное время года, чаще при развитии ОРВИ и/или обострении хронических заболеваний.

Таким образом, большая часть жалоб больных имеет «местное» происхождение и связано с патологией слизистой оболочки глотки. Наряду с такими жалобами «местного» характера часть (22,5 %) обследованных предъявляли жалобы со стороны ЖКТ (боль в животе, нарушение стула, вздутие, урчание в животе). У этих больных были диагностированы следующие гастроэнтерологические заболевания: хронический гастрит, колит, язвенная болезнь, холецистит.

Состояние слизистой оболочки глотки у пациентов с АФ на фоне АР было изменено в области носоглотки, менее выражены симптомы раздражения отмечались в ротоглотке и практически отсутствовали в гортаноглотке. При наличии пищевой непереносимости симптомы раздражения наиболее часто отмечались в рото- и гортаноглотке, и практически не отмечены в носоглотке.

При объективном осмотре у больных с АФ отмечалась отечность слизистой оболочки задней стенки глотки (65 % случаев) с ее гиперемией у 84,4 % пациентов. В 90,9-100 % случаев наблюдалось разрастание лимфаденоидной ткани на задней стенке глотки. Фарингоскопическая картина больных АФ характеризовалась застойно-отечной гиперемией боковых валиков и гранул на задней стенке глотки (95–100 % случаев), инфильтрацией слизистой задней стенки глотки (69,7–87,9 % наблюдений), выраженным сосудистым рисунком (у 45 % обследованных).

Таким образом, АФ имеет свои фарингоскопические особенности. При осмотре полости носа окраска слизистой полости носа была идентична окраске слизистой носоглотки.

Стандартом лабораторной диагностики при ХФ является посев мазка, взятого с задней стенки глотки для определения этиологически значимой микрофлоры (чаще бактериальной или грибковой). Анализ таксономического спектра исследованных бактериальных штаммов больных (n = 96) ХФ показал, что он представлен 5 родами бактерий: *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Escherichia*, *Klebsiella* и *Providencia*. Представители рода *Staphylococcus*,

как наиболее часто встречающегося, были представлены: *S. aureus*, *S. haemolyticus*, *S. epidermidis*, *S. saprophyticus*.

Для выяснения этиопатогенеза ХФ была использована методика изучения клеточной структуры слизи, полученной с задней стенки глотки. Следует отметить, что цитогаммы нормальной слизистой оболочки носа содержат эпителиальные клетки (реснитчатые, цилиндрические, нереснитчатые, бокаловидные клетки, базальные клетки), небольшое количество нейтрофилов и бактерий. Эозинофилы и базофилы не встречаются в нормальной слизистой оболочке. Единичные лимфоциты могут присутствовать в эпителии. В исследовании использовались клетки, свободно лежащие на поверхности слизистой оболочки.

Изучение цитологической картины препаратов отпечатков задней стенки глотки в динамике выявило ее большую вариабельность, которая в значительной мере зависела от фазы обострения или ремиссии заболевания. В период обострения АФ в мазках отмечено (по сравнению со здоровыми лицами) наличие повышенного количества плоского эпителия, расположенного пластами, большое количество эозинофилов, скопление эозинофильных лейкоцитов вблизи базальной мембраны эпителия, гиперсекреция слизи. При АФ в большом количестве обнаружены в основном нейтрофильные лейкоциты с явлениями дегенерации, слизь.

В норме в мазках-отпечатках преобладает цилиндрический эпителий с умеренными признаками пролиферации, сохранной кутикулярной каймой и ресничками, небольшое количество нейтрофильных лейкоцитов (до 55 %), единичные лимфоидные элементы и эозинофилы [25]. При АР часть клеток цилиндрического эпителия подвергается метаплазии, теряет реснички, в цитоплазме наблюдаются признаки накопления секрета. Кроме того, в ядрах и цитоплазме клеток цилиндрического эпителия обнаруживаются включения. Всё это свидетельствует о воспалении. Выраженность воспаления оценивалась по процентному составу нейтрофилов, эозинофилов в мазках-отпечатках, а также по степени метаплазии цилиндрического эпителия.

Таким образом, при АР и АФ выявлено большое количество эозинофильных клеток, что может свидетельствовать об аллергическом характере воспаления. Отмечен также рост числа нейтрофилов, признаки метаплазии эпителиальных клеток, достоверно превышающие норму.

Известно, что для подтверждения аллергического характера заболевания необходимо определение сенсibilизации организма пациента к причинно-значимым аллергенам с помощью кожного и лабораторного тестирования. Поэтому мы проводили пациентам аллергологическое обследование, а именно: прик-тесты с пыльцевыми, пищевыми и бытовыми аллергенами, а также определение уровня специфических IgE-антител в сыворотке крови.

При АФ концентрация общего IgE имеет диагностическое и прогностическое значение. По данным литературы, у здоровых лиц уровень общего IgE в сыворотке не превышает 130 МЕ / мл, в секретах слизистых оболочек не определяется или его уровень незначителен. В ходе нашего исследования было установлено, что в сыворотке крови пациентов без проявлений аллергии концентрация общего IgE составляла в среднем (58,6 ± 9,2) МЕ / мл. У пациентов с АФ без перекрестной пищевой аллергии (ППА) уровень IgE в сыворотке крови составил (297,1 ± 14,8) МЕ / мл, а у пациентов с АФ и ППА — (495,8 ± 17,7) МЕ / мл.

В данных, полученных при постановке кожных прикестов с пыльцевыми аллергенами, следует отметить, что у 76,4 % обследованных пациентов была одновременно выявлена повышенная чувствительность к нескольким аллергенам, источники которых цветут в одно или разное время.

При анализе результатов, обращает на себя внимание тот факт, что положительные кожные пробы чаще всего регистрировались с аллергенами на пыльцу сорных трав (микст № 4 — пыльца амброзии, полыни, лебеды, подсолнечника) — (46,2 ± 2,1) % от всех обследованных пациентов. На втором месте по частоте развития полинозов стоит пыльца трав — злаковых и культурных — микст № 3 (пыльца коостра, пырея, ржи, тимофеевки). Число таких больных составило (5,0 ± 0,9) % соответственно.

Для Одесского региона оказалось характерным развитие полиноза на пыльцу циклахены (24,5 ± 1,5 %), что редко встречается у жителей других регионов Украины.

Обсуждение результатов

Мы выделили основные жалобы (таблица 7), которые присущи всем формам ХФ: першение, боли, жжение в горле, а также в каждой отдельной группе, что важно для дальнейшего грамотного ведения больного и решения вопроса о необходимости консультации смежного специалиста.

На основании полученных нами данных можно предложить следующий диагностический алгоритм при ХФ: 1) сбор жалоб; 2) тщательный сбор анамнеза: анамнез жизни (вредные привычки, условия работы, контакт с вредными веществами); анамнез заболевания; генетический анамнез; аллергоанамнез по времени возникновения проявлений аллергии (персистирующая или интермиттирующая формы), по коморбидности (аллергический ринит, бронхиальная астма, аллергический эзофагит и пр.); наличие хронических заболеваний ЖКТ, прежде всего рефлюкс-эзофагита, используя опросник GERDQ; наличие психогенных заболеваний с использованием опросников, выявляющих наличие влияния соматического статуса пациента на развитие тревожных состояний и депрессий (GAD-7) scale, тест PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9); 3) клиниче-

Таблица 7. Жалобы, характерные для пациентов с ХФ

| Жалобы | I группа пациентов с сопутствующей патологией ЖКТ | II группа пациентов с нарушением психосоматического статуса | III группа пациентов с отягощенным анамнезом и проявлениями аллергии |
|---------------------------------|---|---|--|
| Боли в горле | + | + | + |
| Жжение | + | + | + |
| Першение | + | + | + |
| Кашель | | | + |
| Чихание | | | + |
| Ощущение «комка» в горле | | + | + |
| Слезотечение | | | + |
| Выделения из носа | | | + |
| Заложенность носа | | | + |
| Удушье | | + | + |
| Изжога | + | | |
| Неприятный привкус во рту | + | | |
| Отсутствие аппетита | + | + | |
| Поперхивание | + | + | |
| Раздражительность и нервозность | | + | |
| Проблемы со сном | | + | |
| Чувство тревоги и паники | | + | |

ское обследование (с акцентом на состояние глотки, носа и гортани); 4) исследование глоточной слизи на клеточный состав в разных отделах глотки; 5) назоцитограмма; 6) общий анализ крови; 7) определение общего и специфического IgE; 8) измерение pH слюны в разных отделах глотки; 9) консультации специалистов — гастроэнтеролога, психотерапевта, аллерголога с целью выявления причинно значимых аллергенов (пищевые и/или респираторные), взаимосвязь с оральным аллергическим синдромом и др.

Выводы

Хронический фарингит — мультидисциплинарная проблема, требующая разностороннего изучения с привлечением современных диагностических методов исследования. Аллергическая форма хронического фарингита является местным проявлением системного аллергического заболевания, практически не выявляется и не учитывается при статической обработке, маскируется под различными другими диагнозами, и, соответственно, не лечится адекватными противоаллергическими средствами.

Разработанный диагностический алгоритм позволяет проводить выявление природы хронического фарингита с высокой долей вероятности. Использование диагностического алгоритма на раннем этапе диагностики позволило установить, что у 30 % пациентов с жалобами характерными для хронического фарингита, имеет место аллергическая природа заболевания. Эта группа больных требует дальнейшего дообследования у аллерголога, что позволит применить для их лечения аллергенспецифическую иммунотерапию, являющуюся этиопатогенетическим методом терапии.

DIAGNOSTIC FEATURES OF CHRONIC PHARYNGITIS OF ALLERGIC ETIOLOGY

A. Suvorkina, S. M. Pukhlik

Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

Abstract. The aim of the study is to increase the effectiveness of diagnosis and choice of tactics for the treatment of patients with chronic pharyngitis through in-depth study of the etiopathogenesis of the disease.

Materials and methods. The study involved 149 patients with complaints of sore throat. All patients underwent: collection of complaints and careful collection of anamnesis, clinical examination, examination of pharyngeal mucus for cell composition in different parts of the pharynx; nasocytogram; general blood test with leukogram evaluation, level of general and, if necessary, specific IgE; measuring the pH of saliva in different parts of the pharynx; consultations of related specialists - gastroenterologist, psychotherapist and allergist.

The results of the study. Based on the evaluation of patient complaints using the GERDQ questionnaire, questionnaires on the influence of the patients somatic status on the development of anxiety and depression (GAD-7) scale, test PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) and questionnaire Sinus-Nasal — Outcome Test 22 (SNOT-22)), we identified 37 patients with suspected gastrointestinal disease who were subsequently treated by a gastroenterologist; 32 patients with psychosomatic disorders underwent correction by a psychotherapist; and 80 patients with a probable allergic nature of chronic pharyngitis. To confirm the allergic nature of the disease, we conducted an allergy test: prick-tests with pollen, food and household allergens, as well as determination of IgE levels. The data obtained showed that 76.4 % of the examined patients were hypersensitive to several allergens at the same time.

Conclusions. Chronic pharyngitis is a multidisciplinary problem that requires the involvement of specialists in various fields in the diagnostic process. The developed diagnostic algorithm allows to determine the etiology of chronic pharyngitis and choose an individual approach to the treatment of patients depending on the etiopathogenesis of the disease, which will improve the quality of life of patients.

Key words: allergy, upper respiratory tract, pharynx, chronic pharyngitis, diagnostic algorithm, depression, psychosomatic, questionnaire.

ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХРОНИЧНОГО ФАРИНГІТУ АЛЕРГІЧНОЇ ЕТИОЛОГІЇ

A. A. Суворкіна, С. М. Пухлик

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Резюме. Метою дослідження є підвищення ефективності діагностики та вибору тактики лікування пацієнтів з хронічним фарингітом за допомогою поглибленого вивчення етіопатогенезу захворювання.

Матеріали та методи дослідження. В дослідженні приймали участь 149 пацієнтів зі скаргами на біль у горлі. Усім пацієнтам виконували: збір скарг та ретельний збір анамнезу, клінічне обстеження, дослідження глоткової слизу на клітинний склад в різних відділах глотки; назочитограма; загальний аналіз крові з оцінкою лейкограми, загальний і, при необхідності, специфічний IgE; вимір pH слини в різних відділах глотки; консультації суміжних фахівців — гастроентеролога, психотерапевта і алерголога.

Результати дослідження. За результатами оцінки скарг пацієнтів (за допомогою опитувальника GERDQ, опитувальників наявності впливу соматичного статусу пацієнта в розвитку тривожних станів і депресій (GAD-7) scale, тест PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) та анкети-опитувальника Sinus-Nasal-Outcome Test 22 (SNOT-22)) ми виявили 37 пацієнтів з підозрою на захворювання шлунково-кишкового тракту, які в подальшому проходили лікування у гастроентеролога; 32 пацієнта с психосоматичними розладами проходили корекцію у лікаря-психотерапевта та 80 пацієнтів були з імовірною алергічною природою хронічного фарингіту. Для підтвердження алергічного характеру захворювання ми провели алергологічне обстеження: прик-тести з пилковими, харчовими та побутовими алергенами, а також визначення рівня IgE. Отримані дані показали, що у 76,4 % обстежених пацієнтів одночасно була виявлена підвищена чутливість до декількох алергенів.

Висновки. Хронічний фарингіт є мультидисциплінарною проблемою, яка вимагає залучення до діагностичного процесу фахівців різного профілю. Розроблений алгоритм діагностики дозволяє визначити етіологію хронічного фарингіту та обрати індивідуальний підхід до лікування хворих залежно від етіопатогенезу захворювання, що покращить якість життя таких пацієнтів.

Ключові слова: алергія, верхні дихальні шляхи, глотка, хронічний фарингіт, якість життя, діагностичний алгоритм, психосоматика, депресія, опитувальник.

ЛІТЕРАТУРА

- Wilson A. Pharyngitis. Essential Infectious Disease Topics for Primary Care. 2008;15–24. doi:10.1007/978-1-60327-034-2_2.
- Kamargiannis N. Chronic pharyngitis is associated with severe acidic laryngopharyngeal reflux in patients with Reinke's edema. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2011;120(11):722–6. doi: 10.1177/000348941112001105.
- Eyigör H, Arihan G, Ergin F, Barlik Y. Psychiatric disorder profile in patients with chronic pharyngitis. Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg. 2006;16(4):178–82.
- Milnevskii IV, Shabaldina EV, Shamova IP, Shabaldin AV. The use of the antidepressant citalopran for the treatment of chronic pharyngitis and pharyngeal neurosis. Vestn Otorinolaringol. 2011;(2):58–61.
- Sood VP, Ajay J. Psychological implications in ENT diseases. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2009;61(2):95–98. doi: 10.1007/s12070-009-0046-0.

REFERENCES

- Wilson A. Pharyngitis. Essential Infectious Disease Topics for Primary Care. 2008;15–24. doi:10.1007/978-1-60327-034-2_2.
- Kamargiannis N. Chronic pharyngitis is associated with severe acidic laryngopharyngeal reflux in patients with Reinke's edema. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2011;120(11):722–6. doi: 10.1177/000348941112001105.
- Eyigör H, Arihan G, Ergin F, Barlik Y. Psychiatric disorder profile in patients with chronic pharyngitis. Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg. 2006;16(4):178–82.
- Milnevskii IV, Shabaldina EV, Shamova IP, Shabaldin AV. The use of the antidepressant citalopran for the treatment of chronic pharyngitis and pharyngeal neurosis. Vestn Otorinolaringol. 2011;(2):58–61.
- Sood VP, Ajay J. Psychological implications in ENT diseases. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2009;61(2):95–98. doi: 10.1007/s12070-009-0046-0.

6. Steinberg H, Herrmann-Lingen C, Himmerich H. Johann Christian August Heinroth: psychosomatic medicine eighty years before Freud. *Psychiatr Danub.* 2013;25(1):11–6.
7. Korkmaz MÖ, et al. Reliability and Validity of the Turkish Version of the Glasgow-Edinburgh Throat Scale: Use for a Symptom Scale of Globus Sensation in Turkish Population. *Turk Arch Otorhinolaryngol.* 2020;58(1):41–47. doi: 10.5152/tao.2020.4686.
8. Stead RH, Tomioka M, Quinonez G, Simon GT, Felten SY, Bienenstock J. Intestinal mucosal mast cells in normal and nematode-infected rat intestine are in intimate contact with peptidergic nerves. *Proc Natl Acad Sci USA.* 1987;84(9). doi: 10.1073/pnas.84.9.2975.
9. Janiszewski J, Bienenstock J, Blennerhassett MG. Picomolar doses of substance P trigger electrical responses in mast cells without degranulation. *Am J Physiol.* 1994;267:C138–145.
10. MacQueen G, Marshall J, Perdue M, Siegel S, Bienenstock J. Pavlovian conditioning of rat mucosal mast cells to secrete rat mast cell protease II. *Science Wash DC.* 1989;243:83–85.
11. Eutamene H. Acute stress modulates the histamine content of mast cells in the gastrointestinal tract through interleukin-1 and corticotropin-releasing factor release in rats. *J Physiol.* 2003;553(Pt3):959–966. doi: 10.1113/jphysiol.2003.052274.
12. Shabih HZ. A study of H2 receptor antagonists in the treatment of chronic intractable pharyngitis. *J Pak Med Assoc.* 1990;40(9):217–9.
13. Zaidi SH. The role of H2-receptors in Ch. pharyngitis? *J Pak Med Assoc.* 2010;60(3 Suppl 2):S56–7.
14. De Melker R. Prescribing patterns for respiratory tract infections: Dutch data from international perspective. In: Program and abstracts of the 3rd International Meeting on Upper Respiratory Tract Infections. Crete. 1997. S1.
15. Кошкарів НН. Принципіально нові методи лікування деяких невиліковних захворювань. 2 част. 2018. 63с.
16. Modrzyński M, Królikiewicz J, Zawisza E, Przybylski G. The allergic pharyngitis. *Medycyna rodzinna.* 2003;(6):199–202.
17. Siraganian RP. Mast cell signal transduction from the high-affinity IgE receptor. *Curr Opin Immunol.* 2003;15(6):639–46. doi: 10.1016/j.coi.2003.09.010.
18. Rasmussen T, Jensen JF, Ostergaard N, Tanner D, Ziegler T, Norrby PO. On the mechanism of the copper-catalyzed cyclopropanation reaction. *Chemistry.* 2002;8(1):177–84. doi: 10.1002/1521-3765 (20020104)8:1<177::aid-chem177>3.0.co;2-h.
19. Krystel-Whittemore M, Kottarappat ND, Wood JG. Mast Cell: A Multi-Functional Master Cell. *Front Immunol.* 2016;6:620. doi: 10.3389/fimmu.2015.00620.
20. Modrzyński M. Pharyngeal symptoms in patients with allergic rhinitis. *Otorinolaryngologia.* 2004;3(1):29–32.
21. Yu JL. Postnasal drip and postnasal drip-related cough. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2016;24(1):15–9. doi: 10.1097/MOO.0000000000000226.
22. Kamimura M. Cough related to swallowing in asthma patients. *Asia Pac Allergy.* 2019;9(4):e31. doi: 10.5415/apallergy.2019.9.e31.
23. Klein JA. Local production and detection of (specific) IgE in nasal B-cells and plasma cells of allergic rhinitis patients. *Eur Respir J.* 2000;15(3):491–7. DOI:10.1034/j.1399-3003.2000.15.11.x.
24. Пухлік СМ, Шчелкунов АП, Шчелкунов АА. Диагностические критерии и результаты лечения синдрома Игла. *Оториноларингология.* 2019;6(2).
25. Тодор ІФ, Чумак ФІ, Шатохіна СН, Михайлов ГЕ. Цитологічна діагностика захворювань ЛОР-органів. М. 1995. 208 с.
6. Steinberg H, Herrmann-Lingen C, Himmerich H. Johann Christian August Heinroth: psychosomatic medicine eighty years before Freud. *Psychiatr Danub.* 2013;25(1):11–6.
7. Korkmaz MÖ, et al. Reliability and Validity of the Turkish Version of the Glasgow-Edinburgh Throat Scale: Use for a Symptom Scale of Globus Sensation in Turkish Population. *Turk Arch Otorhinolaryngol.* 2020;58(1):41–47. doi: 10.5152/tao.2020.4686.
8. Stead RH, Tomioka M, Quinonez G, Simon GT, Felten SY, Bienenstock J. Intestinal mucosal mast cells in normal and nematode-infected rat intestine are in intimate contact with peptidergic nerves. *Proc Natl Acad Sci USA.* 1987;84(9). doi: 10.1073/pnas.84.9.2975.
9. Janiszewski J, Bienenstock J, Blennerhassett MG. Picomolar doses of substance P trigger electrical responses in mast cells without degranulation. *Am J Physiol.* 1994;267:C138–145.
10. MacQueen G, Marshall J, Perdue M, Siegel S, Bienenstock J. Pavlovian conditioning of rat mucosal mast cells to secrete rat mast cell protease II. *Science Wash DC.* 1989;243:83–85.
11. Eutamene H. Acute stress modulates the histamine content of mast cells in the gastrointestinal tract through interleukin-1 and corticotropin-releasing factor release in rats. *J Physiol.* 2003;553(Pt3):959–966. doi: 10.1113/jphysiol.2003.052274.
12. Shabih HZ. A study of H2 receptor antagonists in the treatment of chronic intractable pharyngitis. *J Pak Med Assoc.* 1990;40(9):217–9.
13. Zaidi SH. The role of H2-receptors in Ch. pharyngitis? *J Pak Med Assoc.* 2010;60(3 Suppl 2):S56–7.
14. De Melker R. Prescribing patterns for respiratory tract infections: Dutch data from international perspective. In: Program and abstracts of the 3rd International Meeting on Upper Respiratory Tract Infections. Crete. 1997. S1.
15. Koshkarov NN. Printsipial'no novyye metody lecheniya nekotorykh neizlechimykh zabolevaniy (Fundamentally new methods of treatment of some incurable diseases). 2 chast'. 2018. 63s.
16. Modrzyński M, Królikiewicz J, Zawisza E, Przybylski G. The allergic pharyngitis. *Medycyna rodzinna.* 2003;(6):199–202.
17. Siraganian RP. Mast cell signal transduction from the high-affinity IgE receptor. *Curr Opin Immunol.* 2003;15(6):639–46. doi: 10.1016/j.coi.2003.09.010.
18. Rasmussen T, Jensen JF, Ostergaard N, Tanner D, Ziegler T, Norrby PO. On the mechanism of the copper-catalyzed cyclopropanation reaction. *Chemistry.* 2002;8(1):177–84. doi: 10.1002/1521-3765 (20020104)8:1<177::aid-chem177>3.0.co;2-h.
19. Krystel-Whittemore M, Kottarappat ND, Wood JG. Mast Cell: A Multi-Functional Master Cell. *Front Immunol.* 2016;6:620. doi: 10.3389/fimmu.2015.00620.
20. Modrzyński M. Pharyngeal symptoms in patients with allergic rhinitis. *Otorinolaryngologia.* 2004;3(1):29–32.
21. Yu JL. Postnasal drip and postnasal drip-related cough. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2016;24(1):15–9. doi: 10.1097/MOO.0000000000000226.
22. Kamimura M. Cough related to swallowing in asthma patients. *Asia Pac Allergy.* 2019;9(4):e31. doi: 10.5415/apallergy.2019.9.e31.
23. Klein JA. Local production and detection of (specific) IgE in nasal B-cells and plasma cells of allergic rhinitis patients. *Eur Respir J.* 2000;15(3):491–7. DOI:10.1034/j.1399-3003.2000.15.11.x.
24. Pukhlik SM, Shchelkunov AP, Shchelkunov AA. Diagnosticheskiye kriterii i rezul'taty lecheniya sindroma Igla (Diagnostic criteria and treatment outcomes for Eagle's syndrome). *Otorinolaryngologiya.* 2019;6(2). [Article in Russian].
25. Todor IF, Chumak FI, Shatokhina SN, Mikhaylov GE. Tsitologicheskaya diagnostika zabolevaniy LOR-organov (Cytological diagnosis of ENT diseases). M. 1995. 208 s.

Відомості про авторів

А. О. Суворкіна

Асистент кафедри оториноларингології Одеського національного медичного університету,
Одеса, Україна
E-mail: drsuvorkina@ukr.net
ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-5056-5147>

С. М. Пухлік

Доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри оториноларингології Одеського національного медичного університету,
Одеса, Україна
E-mail: lor@te.net.ua
ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-7196-9642>

Information about authors

A. O. Suvorkina

Assistant of the department of Otorhinolaryngology
Odessa National Medical University,
Odessa, Ukraine

S. M. Pukhlik

MD, PhD, professor
Head of the department of Otorhinolaryngology
Odessa National Medical University,
Odessa, Ukraine

Надійшла до редакції / Received: 01.02.2022 р.
Прийнято до друку / Accepted: 14.02.2022 р.