

С.Я. КОСЯКОВ, д.м.н., профессор, И.Д. ЛОРАНСКАЯ, д.м.н., профессор, И.Б. АНГОТОВА, к.м.н., доцент, А.А. МУЛДАШЕВА  
Российская медицинская академия последипломного образования Минздрава России, Москва

# ЛАРИНГОФАРИНГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС: ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА

В статье представлены результаты исследования состояния небных миндалин у пациентов с фарингеальными симптомами на фоне ларингофарингеального рефлюкса. Предложен алгоритм диагностики и лечения пациентов с хроническим тонзиллитом и ларингофарингеальным рефлюксом.

## Ключевые слова:

*хронический тонзиллит  
ларингофарингеальный рефлюкс*

**Х**ронический тонзиллит является одним из самых распространенных заболеваний глотки, которое встречается в среднем у 5–6% взрослого населения и у 10–12% детей планеты [1–4], хотя до сегодняшнего дня отсутствуют объективные критерии диагностики данного заболевания. Хронический тонзиллит в настоящее время рассматривают как инфекционное заболевание, однако зарубежные эксперты указывают в качестве одной из причин возникновения тонзиллита ларингофарингеальный рефлюкс (ЛФР) [5]. Существует ли простая форма хронического тонзиллита? Ведь многие пациенты предъявляют жалобы только на образование пробок в небных миндалинах, при этом ангина в анамнезе не выявляется. Может ли быть так, что простая форма хронического тонзиллита – это вовсе не воспалительный процесс, а реакция небных миндалин на химическое воздействие соляной кислоты и пепсина желудочного сока?

В настоящее время оториноларингологам на первичном приеме приходится все больше и больше сталкиваться с ларингофарингеальным рефлюксом, который является одной из составляющих гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) [6–8]. Как реагирует лимфоглоточное кольцо при ЛФР? Актуальность проблемы обусловлена сложностью диагностики и лечения пациентов с простой формой хронического тонзиллита на фоне ЛФР, т. к. для оториноларингологов ЛФР является новой проблемой. Важно подчеркнуть, что на сегодняшний день не существует «золотого стандарта» диагностики ЛФР [9–11].

Для скрининг-диагностики ЛФР может применяться тестирование адаптированным для использования на русском языке клиническим опросником «Индекс симптомов рефлюкса» (ИРС), который имеет высокую чувствительность и валидность. Опросник состоит из 9 вопросов и включает в себя динамическую оценку по ряду показателей. Каждый симптом ИРС оценивается в течение последнего месяца в баллах от 0 (нет проблем) до 5 (серьезные проблемы). Число баллов (более 13) коррелирует с положительным результатом рН-мониторинга [9, 10, 12, 13]. Это

самоуправляемый инструмент, который помогает клиницистам оценить клиническую тяжесть симптомов ЛФР на момент постановки диагноза, а затем отследить динамику после лечения [9, 10]. Работу с этим опросником может осуществлять не только гастроэнтеролог, но и оториноларинголог, стоматолог, кардиолог, пульмонолог – все специалисты, которые могут встретить в клинической практике пациентов с внепищеводными проявлениями ГЭРБ [14].

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить влияние ларингофарингеального рефлюкса на состояние небных миндалин у пациентов с фарингеальными симптомами.

## МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Данное исследование было проведено в ЛОР-отделении Центральной клинической больницы гражданской авиации, клинике «Профлорцентр» (г. Москва). 101 пациент с фарингеальными симптомами, с положительными или сомнительными результатами анкетирования по опроснику ИРС и с нормальным носовым дыханием были включены в исследование, из них 52 женщины и 49 мужчин.

### Фарингеальные симптомы как критерии включения в исследование:

- жалобы на боль и неприятные ощущения в горле, ощущение першения и комка в горле, образование пробок в небных миндалинах;
- казеозные пробки в лакунах небных миндалин, признаки Гизе, Зака, Преображенского при орофарингоскопии.

### Критерии исключения из исследования для всех групп:

- инфекции верхних дыхательных путей в течение последних 4 нед.;
- аллергические заболевания;
- интраназальная патология и заболевания околоносовых пазух (ОНП);
- передняя активная риноманометрия (ПАРМ), суммарный объемный поток (СОП) менее 500 см<sup>3</sup>/с.

## ДИЗАЙН И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование происходило в один день (T<sub>0</sub> период) и включало в себя: сбор жалоб и анамнеза; анкетирование по

опроснику «Индекс симптомов рефлюкса» (ИСР); стандартный ЛОР-осмотр (орофарингоскопия, эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки, эндоскопическая ларингоскопия); переднюю активную риноманометрию (ПАРМ) (риноманометрический комплекс Otopront RHINO-SYS); консультацию гастроэнтеролога, проведение эзофагогастродуоденоскопии (видеогастроскопы: PENTAX EG-290Kp (Япония), FUJINON-4400 590 ZW (Япония), Olympus GIF-180 J EXERA 3 (Япония) под местной анестезией 10%-ного раствора лидокаина, а исследование на хеликобактерную инфекцию проводилось с применением хелпил-теста (ХП-тест)).

Обследование было продолжено на фоне медикаментозного лечения ЛФР, назначенного гастроэнтерологом (модификация образа жизни и медикаментозное лечение), через 1 мес. (период  $T_1$ ), через 3 мес. (период  $T_2$ ) и через 6 мес. (период  $T_3$ ) от начала лечения и включало в себя орофарингоскопию, анкетирование по опроснику ИСР. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета статистической программы STATISTICA 8.0.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У 49 пациентов результаты по опроснику ИСР были положительными (более 13 баллов) и у 52 пациентов – сомнительный результат (от 9 до 13 баллов). Отрицательные результаты на период  $T_0$  (1-й день) не были зарегистрированы. При изучении доминирующих жалоб по опроснику в большинстве (у 94% пациентов) случаев преобладали ощущение комка в горле, затекание из носа, чувство першения в горле. Только у 6% пациентов были выявлены изжога, кашель при переходе в горизонтальное положение. В процессе лечения отмечалось снижение баллов по всем перечисленным параметрам анкеты ИСР. На фоне лечения в период  $T_1$  (через 1 мес.) у 29 пациентов результаты по опроснику ИСР сохранялись положительными (более 13 баллов), у 62 – сомнительный результат (от 9 до 13 баллов), у 10 пациентов – отрицательный результат (менее 9 баллов). На период  $T_2$  (через 3 мес.) у 10 пациентов результаты по опроснику ИСР сохранялись положительными (более 13 баллов), у 27 – сомнительный результат (от 9 до 13 баллов), у 64 пациентов – отрицательный результат (менее 9 баллов). На период  $T_3$  (через 6 мес.) положительных результатов по опроснику ИСР (более 13 баллов) не было отмечено, у 24 пациентов – сомнительный результат (от 9 до 13 баллов), у 77 – отрицательный результат (менее 9 баллов).

У пациентов в ходе лечения отмечалось достоверное снижение баллов по опроснику ИСР, а статистическая значимость различий результатов анкетирования по опроснику ИСР в процессе лечения сохранялась (критерий Вилкоксона: различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ ). Большая часть пациентов через 6 мес. лечения стала иметь менее 9 баллов по анкете ИСР. Медиана показателя ИСР через 6 мес. лечения (в период  $T_3$ ), равная 2 [0; 12], была статистически значительно меньше ( $p < 0,0001$ ) медианы показателя ИСР через 3 мес. с начала лечения (в период  $T_2$ ) 7 [0; 16] и медианы ИСР через 1 мес. с начала лечения (в период  $T_1$ ), равного 9 [0; 18] ( $p = 0,00002$ ) (различия статистически значимы при  $p < 0,05$ ). Результаты анкетирова-

ния по опроснику ИСР статистически значимо уменьшались во всех контрольных точках наблюдения. Это говорит о том, что по результатам анкетирования по опроснику ИСР у пациентов на фоне лечения, назначенного гастроэнтерологом, отмечалось уменьшение симптомов заболевания.

При орофарингоскопии у 101 пациента были зафиксированы все признаки простой формы ХТ на период  $T_0$  (в первый день): казеозные пробки, признаки Гизе, Зака, Преображенского. Однако цифровую оценку их изменения в динамике лечения было трудно фиксировать, поэтому мы учитывали изменение фарингоскопической картины только по признаку – казеозные пробки в небных миндалинах. На фоне лечения в период  $T_1$  (через 1 мес.) казеозные пробки сохранялись у 52 пациентов, на период  $T_2$  (через 3 мес.) – у 34, на период  $T_3$  (через 6 мес.) – у 5.

Все пациенты имели неспецифические, трудно поддающиеся цифровой оценке признаки поражения гортани, обусловленные ЛФР: отечность, неравномерная гиперемия и рыхлость слизистой оболочки гортани, в частности слизистой черпаловидных хрящей и задней комиссуры, вязкое слизистое отделяемое на голосовых складках. При исследовании гортани в контрольных точках на фоне лечения ЛФР, назначенного гастроэнтерологом, выявлялось улучшение состояния слизистой оболочки гортани и исчезновение патологических признаков.

Из 101 пациента в 90 случаях диагноз «гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь» (ГЭРБ) был подтвержден результатами эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) (эндоскопически позитивная форма), у 11 пациентов диагноз был поставлен гастроэнтерологом на основании анамнеза заболевания (со слов пациента ГЭРБ установлена ранее) и медицинской документации. Исследование на хеликобактерную инфекцию было выполнено у 29 пациентов с эндоскопическими признаками воспаления слизистой оболочки желудка, все пациенты имели отрицательные результаты (НР-).

Эндоскопически позитивная форма ГЭРБ проявлялась в виде эрозивного рефлюкс-эзофагита 1 ст. по классификации Savary-Miller у 4-х пациентов и катарального (неэрозивного) рефлюкс-эзофагита 1 ст. по классификации Savary-Miller у 86 пациентов (табл. 1).

Катаральный рефлюкс – эзофагит 1 ст. по Savary-Miller (неэрозивный) выявлялся изолированно только у 31 пациента, в остальных случаях сочетался с признаками грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), недостаточностью кардии, признаками поверхностного гастрита, дуоденита, дуоденогастральным рефлюксом (табл. 2).

**Таблица 1. Показатели эзофагогастродуоденоскопии пациентов**

Рефлюкс-эзофагит по данным гастроскопии	Количество пациентов
Катаральный рефлюкс-эзофагит 1 ст. по классификации Savary-Miller	86
Эрозивный рефлюкс-эзофагит 1 ст. по классификации Savary-Miller	4
<b>Всего</b>	<b>90</b>

**Таблица 2. Результаты эзофагогастродуоденоскопии пациентов**

Показатель	Недостаточность кардиального отдела желудка	Признаки гастрита	Признаки катарального дуоденита	Дуодено-гастральный рефлюкс	НР-	НР+	ГПОД
Катаральный рефлюкс-эзофагит 1 ст. по Savary-Miller (неэрозивный)	18	40	14	13	27	0	2
Эрозивный рефлюкс-эзофагит 1 ст. по Savary-Miller	1	3	1	3	2	0	0
<b>Всего</b>	<b>19</b>	<b>43</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>29</b>	<b>0</b>	<b>2</b>

Эрозивный рефлюкс-эзофагит 1 ст. по Savary-Miller изолированно не выявлялся, определялся в сочетании с недостаточностью кардии, признаками поверхностного гастрита, дуоденита (неэрозивного), дуоденогастральным рефлюксом (табл. 2).

Всем пациентам проводилось лечение ларингофарингеального рефлюкса, назначенное гастроэнтерологом: модификация образа жизни и медикаментозное лечение. 80 пациентов получали терапию: ингибитор протонной помпы (ИПП) (пантопразол – 40 мг 1 раз в день за 30–40 мин до еды) в течение 1 мес., антацид (по 10–15 мл по требованию) в течение 2 мес. Это были пациенты, которые по данным эзофагогастродуоденоскопии имели изолированный катаральный рефлюкс-эзофагит 1 ст. по Savary-Miller (неэрозивная форма) (31 пациент) или катаральный рефлюкс-эзофагит 1 ст. по Savary-Miller (неэрозивная форма) в сочетании с поверхностным гастритом, дуоденитом (38 пациентов), а также пациенты, диагноз ГЭРБ которым был поставлен по анамнезу (11 пациентов).

21 пациент, результаты эзофагогастродуоденоскопии которых включали (помимо эрозивного и катарального рефлюкс-эзофагита 1 ст. по Savary-Miller, поверхностного гастрита, дуоденита) недостаточность кардии, дуоденогастральный рефлюкс, ГПОД – получали следующую терапию: ИПП (пантопразол – 40 мг 1 раз в день за 30–40 мин до еды) в течение 1 мес., антацид (по 10–15 мл по требо-

ванию) в течение 2 мес., прокинетики (итоприда гидрохлорид – 50 мг перед едой – 3 раза в день) в течение 1 мес.

В процессе лечения пациенты отмечали улучшение самочувствия, что подтверждалось результатами анкетирования по опроснику «Индекс симптомов рефлюкса», орофарингоскопии, эндоскопической ларингоскопии.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, все 101 обследованный пациент имели простую форму хронического тонзиллита на фоне ларингофарингеального рефлюкса. Полученные результаты анкетирования по опроснику «Индекс симптомов рефлюкса» у данных пациентов в период  $T_0$  (1-й день) (положительные и сомнительные результаты), указывавшие на ЛФР, в 100% случаев совпадали с заключением гастроэнтеролога. Медикаментозное лечение ЛФР, которое было назначено гастроэнтерологом, оказывало положительное влияние на клинику и течение простой формы ХТ на фоне ЛФР, что подтверждалось статистически значимым снижением баллов по результатам анкетирования по опроснику ИСР, улучшением орофарингоскопической картины на всех контрольных визитах больных.

В ходе данного исследования выявлены особенности диагностического подхода для пациентов при подозрении на ЛФР и простую форму ХТ, заключающиеся в необходимости проведения не только стандартного ЛОР-обследования, но и анкетирования по опроснику «Индекс симптомов рефлюкса», консультации гастроэнтеролога, проведения эзофагогастродуоденоскопии. Доказано, что лечение, назначенное гастроэнтерологом пациентам с ХТ и подтвержденным ЛФР, улучшает состояние небных миндалин, что подтверждено результатами орофарингоскопии, анкетирования по опроснику ИСР. Мы полагаем, что простая форма ХТ – это результат воздействия ЛФР на небные миндалины. В связи с полученными новыми данными возникает необходимость в дальнейших исследованиях.



## ЛИТЕРАТУРА

- Гогман В.Р., Соловьев А.В., Минько Ю.В. Изменение общей иммунологической реактивности у больных хроническим тонзиллитом. Тез. докл. науч. конф. «Роль очаговой инфекции в патологии внутренних органов». Л., 1984. С. 29–30.
- Рязанов В.Д., Дюков Л.А., Шульга И.А. и др. Способ диагностики различных форм хронического тонзиллита. Патент №2429477 от 2011 года. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.findpatent.ru/patent/242/2429477.html> (дата обращения: 06.09.2015).
- Солдатов И.Б. Хронический тонзиллит и другие очаги инфекции верхних дыхательных путей. Всесоюзный съезд оториноларингологов СССР. М.: Медицина, 1975.
- Цветков Э.А. Аденоидиты и их осложнения у детей. Лимфопролиферативное глоточное кольцо в норме и патологии. Руководство для врачей. СПб.: Элби, 2003. 124 с.
- Ruiz J, Doron S, Aronson MA et al. Tonsillectomy in adults Indication. Available at: <http://fed-exfedeuatd.esy.es/contents/mobipreview.htm?31/113/32651/abstract/7> Accessed May 1, 2015.
- El-Serag HB, Sonnenberg A. Comorbid occurrence of laryngeal or pulmonary disease with esophagitis in United States military veterans. *Gastroenterology*, 1997, 113: 755–760.
- Hogan WJ. Spectrum of supraesophageal complications of gastroesophageal reflux disease. *Am J Med.*, 1997, 103: 77–83.
- Toohill RJ, Ulualp SO, Shaker R. Evaluation of gastroesophageal reflux in patients with laryngotracheal stenosis. *Ann Otol Rhinol Laryngol.*, 1998, 107: 1010–4.
- Плотникова Е.Ю. «Маски» гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Ларингофарингеальный рефлюкс. *Doctor*, 2014. 6(25): 28–31. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.gastroscan.ru/literature/authors/7632> (дата обращения: 06.09.2015).
- Плотникова Е.Ю., Краснова М.В., Краснов К.А., Баранова Е.Н. Ларингофарингеальный рефлюкс в гастроэнтерологической практике. *Лечащий врач*, 2014, 2. [Электронный ресурс]. Режим доступа: [ht63](http://ht63).
- Ткач С.М. Эффективность ингибиторов протонной помпы у больных с ларингофарингеальным рефлюксом. *Сучасна гастроентерологія*, 2011, 1: 85. <http://www.lvrach.ru/2014/02/15435897/> (дата обращения: 06.09.2015).
- Belafsky PC, Postma GN, Koufman JA. The validity and reliability of the reflux finding score (RFS). *Laryngoscope*, 2001, 111: 1313–1317.
- Belafsky PC, Postma GN, Koufman JA. Validity and reliability of the reflux symptom index (RSI). *J Voice*, 2002, 16: 274–277.
- Анготева И.Б., Мулдашева А.А. Современные представления о проблеме ларингофарингеального рефлюкса. *Медицинский совет*, 2015, 15: 44–47.