УДК: 616. 321–002–036. 12: 616. 33–008. 8

ФАКТОР ВЫСОКОГО ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА В РАЗВИТИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ФАРИНГИТА

А. С. Епанчинцева, В. М. Свистушкин, В. А. Исаков, Г. Н. Никифорова, С. В. Морозов, В. Л. Шабаров

ROLE OF HIGH GASTROESOPHAGEAL REFLUX IN THE DEVELOPMENT OF DIFFERENT FORMS OF CHRONIC PHARYNGITIS

A. S. Epanchintseva, V. M. Svistushkin, V. A. Isakov, G. N. Nikiforova, S. V. Morozov, V. L. Shabarov

ГУ Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского

(Директор – Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАМН, проф. Г. А. Оноприенко)

Хронический фарингит одна из самых распространенных патологий в оториноларингологии. Патологический гастроэзофагеальный рефлюкс, достигающий верхней трети пищевода может быть одной из причин развития этого заболевания. В статье представлены результаты исследования высокого гастроэзофагеального рефлюкса у больных различными формами хронического фарингита методом суточной pH-метрии с особым расположением датчиков для определения pH. Показаны распространенность и особенности высокого гастроэзофагеального рефлюкса у больных различными формами хронического фарингита, а также эффективность медикаментозной коррекции его, как патогенетического лечения рефлюкс-ассоциированного хронического фарингита.

Ключевые слова: *хронический фарингит, гастроэзофагеальный рефлюкс.*

Библиография: *8 источников.*

Chronic pharyngitis is one of the most widespread diseases in ENR pathology. The role of proximal gastroesophageal reflux in the development of different forms of chronic pharyngitis is still under discussion. In the present study we investigated the presence and main patterns of high gastroesophageal reflux in patients with different forms of chronic pharyngitis using special pH-tube allowing to measure acidity in the proximal esophagus. There was special emphasis on the efficacy of antisecretory treatment for the clinical and endoscopical manifestations of different forms of chronic pharyngitis.

Key words: *chronic pharyngitis, gastroesophageal reflux.*

Bibliography: *8 sources.*

Хронический фарингит одно из самых распространенных заболеваний в оториноларингологии, как среди взрослых, так и среди детей, что объясняет значительный интерес к проблеме его этиологии, патогенеза и лечения [5]. Длительное течение заболевания, высокая обращаемость больных обусловливают социальную значимость профилактики и лечения этой патологии [3]. Тем не менее, проблема обследования и лечения больных, страдающих хроническими воспалительными заболеваниями глотки, остается неразрешенной по настоящее время [1].

На протяжении многих лет в медицинской литературе подчеркивалось значение кислотозависимой патологии желудочно-кишечного тракта у больных хроническим фарингитом. В последние годы пристальное внимание врачей разных специальностей привлекает гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). ГЭРБ часто протекает без выраженных пищеводных симптомов, согласно современным представлениям и международной классификации данной патологии хронический фарингит может быть одним из атипичных внепищеводных ее проявлений [8].

К развитию внепищеводных проявлений ГЭРБ часто приводит непосредственное воздействие желудочно-кишечного содержимого на слизистую оболочку верхних и нижних

отделов дыхательных путей, так называемые «высокие рефлюксы». Золотым стандартом в диагностике ГЭРБ является суточная pH-метрия, которая позволяет зарегистрировать факт рефлюкса. Этот метод широко используется врачами-гастроэнтерологами для подтверждении наличия рефлюкса в нижнюю треть пищевода. Высокие рефлюксы, которые наиболее значимы для оториноларинго- логических симптомов, в настоящее время диагностируются редко, однако обходить их вниманием ввиду предполагаемой связи с патологией гортани и глотки нельзя.

В нашей клинике мы провели исследование высокого гастроэзофагеального рефлюкса у больных с длительными проявлениями хронического фарингита. В исследовании принимали участие больные хроническим фарингитом: гипертрофическим, атрофическим и катаральным. У каждого из них неоднократные курсы традиционного лечения оказались практически неэффективными.

Целью работы было изучение частоты встречаемости высокого гастроэзофагеального рефлюкса, а также определение его особенностей у данных больных с различными формами хронического фарингита.

Пациенты и методы. Было обследовано 178 человек: 62 больных гипертрофической, 59 – катаральной, 57 – атрофической формами хронического фарингита, из них 87 (48,18%) женщин и 91 (51,12%) мужчина в возрасте от 18 до 73 лет.

Всем пациентам, после оценки жалоб и анамнеза, проводились стандартный оториноларингологический осмотр и суточная pH-метрия.

Для проведения суточной pH-метрии мы использовали ацидогастромонитор суточный носимый АГМ-24МП «Гастроскан-24» (рис. 1А). Трансназальные зонды для диагностики высоких гастроэзофагеальных рефлюксов мы изготавливали специально. Они имели особое расположение электродов таким образом, что мониторирование pH проводилось одновременно: в теле желудка, на уровне нижней трети пищевода (оценка патологического рефлюкса по классическим критериям), а также в верхней трети пищевода (рис. 1. Б). Гастроэзофагеальный рефлюкс, достигающий верхней трети пищевода, мы обозначили, как высокий гастроэзофагеальный рефлюкс (ВГЭР).

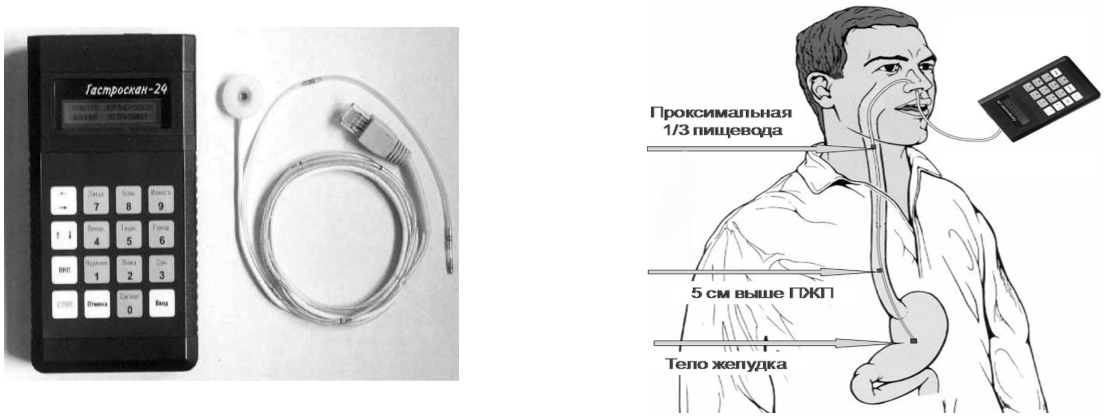

Рис. 1. *А – портативный прибор «Гастроскан-24»; Б – схема расположения датчиков при суточной pH-метрии для определения высокого гастроэзофагеального рефлюкса.*

Результаты и обсуждение

Анализируя результаты мониторирования мы оценивали значения pH в верхней трети пищевода во всем диапазоне кислых значений. Учитывали время с pH менее 4,0 как кислый рефлюкс, а время воздействия среды с pH от 4,0 до 6,0 как слабокислый рефлюкс.

Слабокислый рефлюкс при традиционной pH-метрии не учитывают. Однако известно, что слабокислые значения pH формирует присутствие в рефлюксате кишечного содержимого, а рефлюкс кишечным содержимым является одним из патогенетических факторов развития осложнений ГЭРБ. Так, например, у больных эндоскопически негативной (без эзофа-

гита) гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, часто отсутствуют кислые рефлюксы, зато имеется значительно большее, по сравнению со здоровыми, число слабокислых рефлюксов. Вместе с тем, для неэрозивной формы рефлюксной болезни весьма характерны внепищеводные проявления [2].

В ходе обследования больных хроническими фарингитами, резистентными к традиционному лечению оказалось, что 83,7% из них имели ВГЭР. У большинства больных встретился кислый ВГЭР (49,4%). У меньшего числа (34,3%) – слабокислый. Эти данные позволили сделать вывод о высокой распространенности ВГЭР в целом среди данной категории пациентов и, более высокой распространенности кислого ВГЭР в частности.

Среди больных гипертрофическим фарингитом подавляющее большинство (69,4%) имели кислый ВГЭР, 25,8% – слабокислый, и лишь у 4,8% больных закисления верхней трети пищевода по данным суточной pH-метрии не было. Среди больных хроническим катаральным фарингитом наблюдалась аналогичная тенденция по встречаемости кислого (57,6%) и слабокислого (23,7%) ВГЭР, однако доля больных, у которых ВГЭР не зарегистрировали, была больше (18,7%). Среди больных атрофической формой хронического фарингита преобладали пациенты, имеющие слабокислые рефлюксы (54,4%). В то же время к этой группе относилась и наибольшая доля больных без признаков ВГЭР (26,3%) (рис. 2).

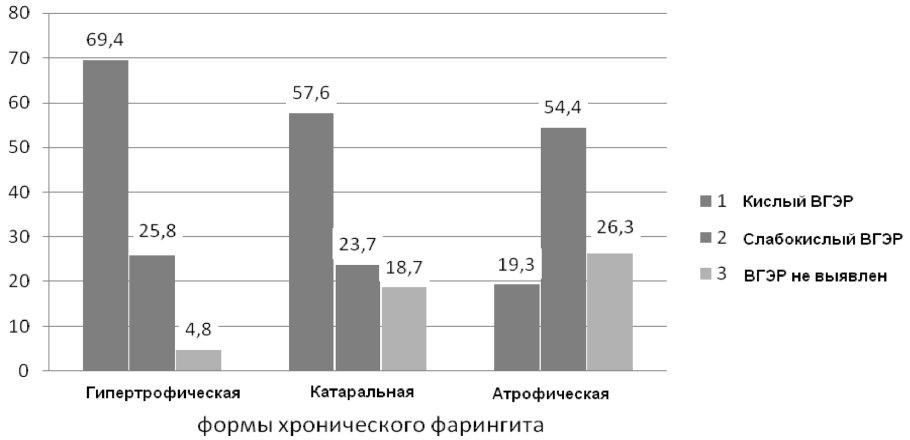

Рис. 2. *Распределение типа ВГЭР у больных хроническим фарингитом.*

Нами выявлены также достоверные отличия по времени ВГЭР у больных различными формами хронического фарингита. Так, у больных атрофическим фарингитом длительность закисления пищевода была более низкой в сравнении с группами больных другими формами. А у больных гипертрофической формой не только достоверно чаще встретился кислый ВГЭР, но также и длительность закисления пищевода оказалась более высокой. В таблице представлены временные различия ВГЭР у больных различными формами хронического фарингита.

Таблица

Временная характеристика ВГЭР у больных различными формами хронического фарингита

Форма фарингита	N	Среднее время ВГЭР, сек	Границы 95% ДИ	
Атрофическая	57	7656,702	4661,104	10652,3
Гипертрофическая	62	12473,03	8133,95	16812,11
Катаральная	59	8890,356	5712,948	12067,76

Наши наблюдения показали, что проявления ВГЭР довольно многолики и могут имитировать любой из симптомов хронического фарингита. Однако чаще это ощущение раздраже-

ния глотки (в сочетании с покалыванием, дискомфортом, легким жжением), чувство комка в горле, ощущение жжения. Именно эти симптомы статистически достоверно наиболее часто встретились у больных, имеющих кислый и слабокислый ВГЭР, чем без него.

Основным симптомом, который позволяет заподозрить наличие ГЭРБ у пациента, является изжога. В соответствии с положением соглашения рабочей группы по диагностике и лечению ГЭРБ «диагноз ГЭРБ более вероятен, если изжога возникает как минимум 2 раза в неделю» [6]. Среди 178 обследованных нами больных хроническим фарингитом изжога 2 и более раз в неделю беспокоила лишь 37 (20,8%) пациентов, а ВГЭР выявили у 149 (83,7%) из них. Таким образом, отсутствие у пациента изжоги не является критерием для исключения у него ВГЭР.

В настоящее время не разработаны полностью оптимальные критерии ведения пациентов с внепищеводными проявлениями ГЭРБ, отсутствуют схемы антисекреторной терапии для лечения больных, страдающих рефлюкс-ассоциированными хроническими фарингитами.

Стандартом лечения ГЭРБ являются средства медикаментозного контроля желудочного кислотообразования ингибиторы протонного насоса (ИПН), позволяющие поддерживать оптимальный уровень pH желудка в течение суток и обладающие минимумом побочных эффектов [4, 7].

Всем пациентам с подтвержденным ВГЭР была назначена антисекреторная терапия. Для базового антисекреторного лечения в нашем исследовании по рекомендации гастроэнтерологов был использован эзомепразол в дозе 20 мг 2 раза в день за 30 минут до еды. Контроль симптомов хронического фарингита на фоне медикаментозной коррекции ВГЭР проводили через 1, 2 и 6 месяцев терапии. Оценивали динамику субъективных симптомов (жалоб) и изменения фарингоскопической картины.

Более быстрый и более выраженный положительный эффект был отмечен у больных с наличием кислого ВГЭР. В то же время по окончании периода наблюдения положительный результат был достигнут в лечении 42,6% больных со слабокислым ВГЭР, на который при традиционном обследовании не принято обращать внимание.

Число пациентов, отвечающих на терапию, стойко статистически достоверно нарастало в течение 2 месяцев. В то же время, несмотря на увеличение доли больных с положительным эффектом от терапии к 6 месяцу лечения, по сравнению со сроком 2 месяца, достоверные отличия выявлены не были (рис. 3).

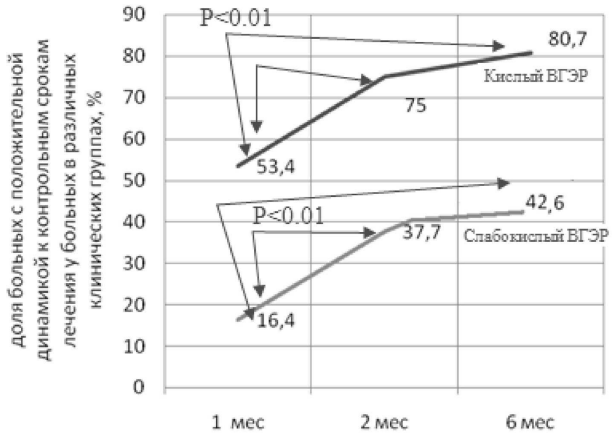

Рис. 3. *Динамика относительного числа больных с положительным результатом на фоне лечения эзомепразолом. Стрелками обьединены контрольные сроки внутри групп, в которых наличие положительного эффекта от лечения достоверно отличалось.*

Таким образом, можно предположить, что оптимальный срок антисекреторной терапии при подозрении на рефлюкс-ассоциированный хронический фарингит составляет 8 недель. Стоит также отметить, что у пациентов с положительным результатом лечения, достигну-

тым ко 2 месяцу терапии, в дальнейшем при добросовестном выполнении рекомендаций мы продолжали наблюдать улучшение состояния. Это указывает на целесообразность длительного наблюдения и лечения таких больных.

Выводы:

Метод суточной pH-метрии с регистрацией высокого гастроэзофагеального рефлюкса целесообразен при обследовании больных хроническим фарингитом, особенно в случаях длительного течения заболевания и неэффективности традиционных способов лечения.

Регистрация как кислого, так и слабокислого высокого гастроэзофагеального рефлюкса, особенно в случаях его длительной экспозиции, у больных хроническим фарингитом, независимо от его формы, является показанием к назначению антисекреторной терапии сроком на 8 недель.

ЛИТЕРАТУРА

1. Виницкая И. М Проблемы диагностики и лечения хронических фарингитов // Рос. оториноларинг. – 2004. – №1(8). – С. 28–30.
2. Исаков В. А. Терапия кислотозависимых заболеваний ингибиторами протонного насоса в вопросах и ответах // Consilium Medicum. – 2006. – №7. – С 3–7.
3. Овчинников Ю. М. Оториноларингология: учебник. М.: Медицина, 1995. 288 с.
4. Пасечников В. Д., Пасечников Д. В. Как добиться максимальной эффективности медикаментозной терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Фарматека. – 2008. – №13. – С. 68–72.
5. Шерешкова З. М. Фарингиальная диагностика заболеваний органов пищеварительного тракта гепато-панкреато-гастро-дуоденальной зоны //Рос. оториноларинг. – 2005. – №2(15). – С. 93–97.
6. Dent J., Brun J., Fendrick A. M. An evidence-based appraisal of reflux disease management: the Genval Workshop Report // Gut. – 1999. – Vol. 44. – P. 1–16
7. Kenneth R. Mcquaid, Loren Laine. Купирование изжоги с помощью ингибиторов протонной помпы: систематический обзор и метаанализ клинических испытаний // Клиническая гастроэнтерология и гепатология. Русское издание. – 2008. – том 1. – №3. – С. 184–192.
8. The Monreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus / N. Vakil [et al.]// Am. J. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 101. – P. 1900–1920.

Епанчинцева Анастасия Сергеевна – ассистент кафедры оториноларингологии ФУВ МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского. 129110 г. Москва, ул. Щепкина 61/2. телефоны: 8(495)631-08-01, 8-926-154-68-54, E-mail: epanchin@mail. mipt.ru; **Свистушкин Валерий Михайлович** – руководитель кафедры оториноларингологии ФУВ МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского, доктор медицинских наук, профессор. 129110 г. Москва, ул. Щепкина 61/2. Телефон: 8(495)631-08-01; **Исаков Василий Андреевич** – заведующий отделением гастроэнтерологии и гепатологии НИИ питания РАМН, доктор медицинских наук, профессор. 115419 г. Москва, Каширское шоссе, д. 21. Телефон – 8(499)613-07-64; **Никифорова Галина Николаевна** – доцент кафедры оториноларингологии ФУВ МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского, доктор медицинских наук. 129110 г. Москва, ул. Щепкина 61/2. Телефон – 8 (495) 631-08-01; **Морозов Сергей Владимирович** - старший научный сотрудник отделения гастроэнтерологии и гепатологии НИИ питания РАМН, кандидат медицинских наук. 115419 г. Москва, ул. Каширское шоссе, д. 21. Телефон – 8(499)613-10-91; **Шабаров Виктор Леонидович** – ведущий научный сотрудник отделения торакальной хирургии МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского, кандидат медицинских наук. 129110 г. Москва, ул. Щепкина 61/2. Телефон – 8 (495) 631-74-84.