

**В. М. ДУРЛЕШТЕР<sup>1,2</sup>, Н. В. КОРОЧАНСКАЯ<sup>1,2</sup>, Р. Ш. СИУХОВ<sup>2</sup>,  
И. Ю. СВЕЧКАРЬ<sup>1,2</sup>, С. А. ГАБРИЭЛЬ<sup>2</sup>, Л. Г. ДРЯЕВА<sup>2</sup>,  
Р. Б. БЕРЕТАРЬ<sup>2</sup>, В. Ф. СЕМЕНОВ<sup>3</sup>**

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВНЕПИЩЕВОДНЫМИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА**

<sup>1</sup>Кафедра хирургии № 1 ФПК и ППС

ГОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет»,  
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4;

<sup>2</sup>МБУЗ городская больница № 2 Краснодарского многопрофильного лечебно-диагностического объединения,  
Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/2;

<sup>3</sup>кафедра болезней уха, горла и носа ГОУ ВПО КГМУ Росздрава,  
Россия, 350007, г. Краснодар, ул. Захарова, 59, тел. 8-928-4119057. E-mail: barracuda00@yandex.ru

В статье приведены данные обследования 37 пациентов с оториноларингологическими проявлениями рефлюкс-эзофагита – хроническими фарингитом и ларингитом. Всем пациентам была выполнена лапароскопическая антирефлюксная операция. Результаты хирургического лечения оценивали через 1, 6, 12, 24, 36 месяцев. В ходе обследования выявлено отсутствие либо существенное уменьшение внепищеводных оториноларингологических проявлений после операции у подавляющей части больных.

*Ключевые слова:* рефлюкс-эзофагит, внепищеводные проявления, антирефлюксные операции.

**V. M. DURLESHTER<sup>1,2</sup>, N. V. KOROCHANSKAYA<sup>1,2</sup>, R. H. SIUHOV<sup>2</sup>, I. U. SVECHKAR<sup>1,2</sup>,  
S. A. GABRIEL<sup>2</sup>, L. G. DRIAEVA<sup>2</sup>, R. B. BERETAR<sup>2</sup>, V. F. SEMENOV<sup>3</sup>**

### **SURGICAL TREATMENT FOR PATIENTS WITH SUPRAOESOPHAGEAL OTOLARYNGOLOGIC REFLUX- ESOPHAGITIS MANIFESTATIONS**

<sup>1</sup>Department of surgery № 1 Kuban state medical university,  
Russia, 350063, Krasnodar, Sedina street, 4;

<sup>2</sup>city hospital № 2 «Krasnodar versatile medical-diagnostic association»,  
Russia, 350012, Krasnodar, Krasnih partizan street, 6/2;

<sup>3</sup>department of otorhinolaryngology Kuban state medical university,  
Russia, 350007, Krasnodar, Zacharova street, 59, tel. 8-928-4119057. E-mail: barracuda00@yandex.ru

The article presented the results of the examination of 37 patients with otolaryngologic supraoesophageal reflux-esophagitis manifestations such as chronic laryngitis and chronic pharyngitis. All patients underwent the laparoscopic antireflux procedure. The results of surgery were assessed in 1, 6, 12, 24, 36 months. The check-up has revealed the absence of reflux-esophagitis in all patients and disappearance or significant decreasing of otolaryngologic supraoesophageal reflux-esophagitis manifestations in major of patients after surgery.

*Key words:* reflux-esophagitis, supraoesophageal manifestations, antireflux procedure.

Проблема гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и рефлюкс-эзофагита (РЭ) в последнее время привлекает повышенное внимание ученых и клиницистов. Ее считают гастроэнтерологической патологией XXI века, так как в последние десятилетия прослеживается заметная тенденция к уменьшению заболеваемости язвенной болезнью и увеличению заболеваемости ГЭРБ. Симптомы этого заболевания (чаще всего изжога) при тщательном опросе выявляются у 30–40% взрослого населения развитых стран, а воспалительные изменения слизистой оболочки пищевода, то есть рефлюкс-эзофагит, диагностируют у 30–45% лиц с симптоматикой ГЭРБ, подвергшихся эндоскопическому обследованию [1, 13].

В последние годы возросло число клинических исследований, подтверждающих взаимосвязь между рефлюкс-эзофагитом и патологией других органов

и систем [1, 4, 5, 7]. Определена большая группа так называемых атипичных, или внепищеводных, проявлений рефлюкс-эзофагита, среди которых выделяют бронхопульмональные, оториноларингологические, кардиальные и стоматологические.

В патогенезе изменений ЛОР-органов при ГЭРБ ведущую роль играют патологические высокие гастроэзофагеальные рефлюксы, приводящие к постоянным забросам желудочного содержимого в верхние отделы пищевода, носовую полость, гортань и глотку с развитием в них хронических воспалительных изменений. При этом важную роль играют как рефлекторные влияния, так и прямое контактное повреждение слизистой оболочки [4, 11]. Явление высокого рефлюкса при недостаточной функции верхнего пищеводного сфинктера получило название фаринголарингеального рефлюкса (ФЛР) [5, 12]. Слизистая оболочка глот-

ки и гортани более восприимчива к воздействию кислого рефлюксного содержимого, чем нижележащие отделы пищевода, за счет меньшего содержания в ней фермента карбоангидразы, которая катализирует гидратацию углекислого газа, приводя к образованию бикарбоната [5, 8]. В связи с этим ГЭР, проникающий через верхний пищеводный сфинктер, не может считаться физиологическим, поэтому даже один эпизод снижения pH ниже 4 в гортаноглотке расценивается как ФЛР [5, 12]. Нередко больные с внепищеводными ЛОР-проявлениями рефлюкс-эзофагита длительно лечатся у оториноларингологов, не достигая стойкой ремиссии заболевания, поскольку проводимая терапия в этих случаях, по сути, является симптоматической [4, 5].

Имеются работы, которые демонстрируют уменьшение выраженности внепищеводных ЛОР-проявлений РЭ на фоне консервативного лечения препаратами ингибиторов протонной помпы (ИПП). При этом некоторые исследователи отмечают, что терапия должна быть существенно (в 1,5–2 раза) длительнее и мощнее, чем стандартная [2, 9, 10, 12, 14].

Ряд авторов указывает на невысокую эффективность комплексного медикаментозного лечения, быстрое рецидивирование симптоматики при отмене медикаментов у пациентов с ЛОР-проявлениями рефлюкс-эзофагита [3, 6]. В ситуации неэффективности консервативной терапии единственным возможным способом ликвидации желудочного рефлюкса является оперативное вмешательство. На сегодняшний день разработано большое количество антирефлюксных операций [6].

Целью работы явилось повышение эффективности лечения больных с оториноларингологическими проявлениями рефлюкс-эзофагита.

### Материалы и методы

Работа основана на результатах клинико-функционального обследования 160 пациентов с рефлюкс-эзофагитом в хирургических отделениях МБУЗ «Городская больница № 2 «КМЛДО» г. Краснодара за период 2007–2011 гг. При обследовании выявлено 77 пациентов с различными внепищеводными проявлениями рефлюкс-эзофагита, что составляет 48% от общего числа пациентов. 37 больных имели оториноларингологические заболевания. Выполнение фаринго- и ларингоскопии позволило выявить у 19 (11,9%) больных хронический ларингит (ХЛ), у 18 (11,2%) – хронический фарингит (ХФ). Эти пациенты были включены в исследование.

Среди пациентов с ЛОР-заболеваниями было 25 мужчин и 12 женщин, средний возраст составил  $47,5 \pm 8,6$  года. Анамнез симптоматики РЭ колебался от 1 до 18 лет (в среднем  $4,1 \pm 1,8$  года), анамнез симптоматики ЛОР-заболевания – от 6 месяцев до 11 лет (в среднем  $3,6 \pm 1,2$  года). У большинства пациентов симптомы РЭ появились раньше оториноларингологических, и только 3 больных отметили одновременное появление жалоб.

Всем пациентам после соответствующего дообследования и предоперационной подготовки в плановом порядке выполнено лапароскопическое антирефлюксное вмешательство по разработанной и используемой в клинике методике. Показанием для оперативного лечения для всех больных являлся рефлюкс-эзофагит, осложненный внепищеводными проявлениями и резистентный к консервативной терапии.

Клиническую оценку симптомов рефлюкс-эзофагита и ЛОР-патологии проводили перед операцией, затем через 1, 6, 12, 24 и 36 месяцев после хирургического вмешательства. Для определения выраженности каждого симптома использовалась визуально-аналоговая шкала (ВАШ). Данные визуально-аналоговых шкал, представленные в баллах, учитывали для расчета среднего числа показателей (среднее число показателей =  $\Sigma$  баллов в группе/число пациентов в группе).

В те же сроки выполняли ЭГДС, рентгенологическое исследование пищевода и желудка с рентгеноконтрастным препаратом, проводили осмотр оториноларинголога с фаринго- и ларингоскопией. Суточную pH-метрию пищевода и желудка с расположением датчиков в верхней, средней и нижней третях пищевода выполнили всем пациентам перед антирефлюксной операцией и 28–через 6–7 месяцев, 1 и 3 года после операции.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы «Statistica 6». Достоверность отличий сравниваемых признаков оценивалась критерием Манна-Уитни. Полученные различия считались достоверными при значениях  $p < 0,05$ .

### Результаты исследования

Проведенное клиническое обследование показало, что изжога являлась доминирующим типичным симптомом РЭ и имела место у большинства больных с ХФ и ХЛ (табл. 1).

Также проведено исследование частоты симптомов ХЛ: охриплость – 13 (68%), утомляемость голоса – 14 (74%), кашель – 13 (68%), образование вязкой мокроты в гортани – 5 (26%), ХФ: сухость и першение

Таблица 1

### Наличие типичных симптомов РЭ у пациентов с ХФ и ХЛ

Симптомы	Пациенты с ХЛ (n=19), %	Пациенты с ХФ (n=18), %
Изжога	17 (89,5)	17 (94)
Отрыжка	11 (58)	11 (61)
Срыгивание	7 (37)	8 (44)
Горечь во рту	8 (42)	7 (39)
Боли в эпигастральной области	4 (21)	2 (11)
Дисфагия	3 (16)	2 (11)
Одинофагия	2 (11)	1 (6)
Икота	1 (5)	2 (11)

в горле – 16 (89%), покашливание – 14 (78%), ощущение кома в горле – 10 (55%).

По результатам рентгенологического исследования аксиальная ГПОД выявлена у 30 (81%), недостаточность кардии без признаков ГПОД – у 7 (19%) пациентов. ГЭР был зафиксирован у всех обследованных.

По результатам ЭГДС рефлюкс-эзофагит имел место у всех обследованных пациентов. У большинства – 32 (87%) пациентов выявлен РЭ стадий «А» и «В» по Лос-Анджелесской классификации.

При проведении 24-часовой рН-метрии у всех пациентов отмечены множественные высокие кислые ГЭР. Результаты суточной рН-метрии пищевода у обследованных пациентов свидетельствуют о снижении среднего значения рН, увеличении общего количества

и продолжительности рефлюксов, повышении индекса De Meester (табл. 2).

При изучении выявленных при фаринго- и ларингоскопии изменений выявлено преобладание катаральной и гипертрофических форм ХЛ и ХФ (табл. 3). У всех пациентов имелся длительный анамнез симптоматики РЭ и хронической ЛОР-патологии (не менее 5 лет).

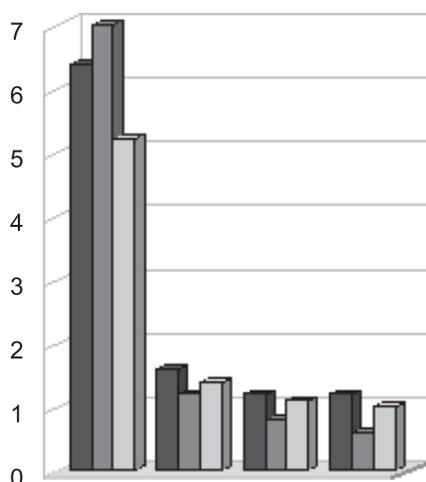
После проведенного оперативного антирефлюксного лечения летальных исходов и осложнений не отмечено, за исключением 2 (5,4%) случаев умеренно выраженной дисфагии в течение первых 15–18 суток после операции, которая купировалась самостоятельно без специального лечения. Результаты прослежены у всех 37 пациентов.

Таблица 2

### Средние значения показателей суточной рН-метрии пищевода и желудка

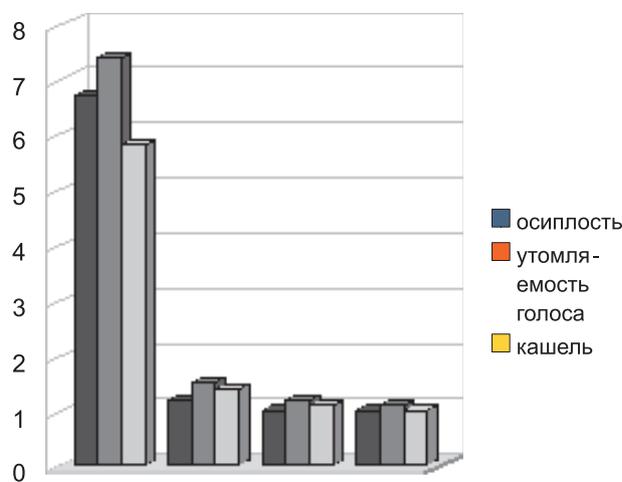
Показатели	Норма	Пациенты с ХЛ (n=19)	Пациенты с ХФ (n=18)
Среднее значение рН	6–8	4,2±0,5*	4,5±0,3*
% общего времени с рН < 4,0	< 4,5	7,8±0,5*	8±0,8*
Общее число рефлюксов	< 46,9	73,0±3,0*	68,0±3,2*
Наибольшая продолжительность рефлюкса (мин)	< 19,48	9,3±1,2*	8,8±1,3*
Показатель De Meester	< 14,7	19,7±1,2*	20,3±1,2*

Примечание: \* –  $p < 0,05$ .



Через 1 мес. Через 12 мес.  
До операции Через 6 мес.

Диаграмма 1. Динамика симптомов ХФ



Через 1 мес. Через 12 мес.  
До операции Через 6 мес.

Диаграмма 2. Динамика симптомов ХЛ

Таблица 3

### Формы выявленной внепищеводной ЛОР-патологии РЭ

Форма	Хронический ларингит (n=19), %	Хронический фарингит (n=18), %
Катаральная	7 (37)	6 (33)
Гипертрофическая	9 (47)	10 (56)
Атрофическая	3 (16)	2 (11)

При оценке динамики клинической картины в послеоперационном периоде отмечено достоверное ( $p < 0,05$ ) и стойкое исчезновение «типичных» симптомов РЭ у всех пациентов за весь период наблюдения.

Отмечена положительная динамика симптомов ХЛ и ХФ,  $p < 0,05$  (диаграммы 1 и 2).

При выполнении контрольного полипозиционного рентген-исследования верхних отделов ЖКТ у всех пациентов выявлена адекватная арефлюксная (отсутствие ГЭР) и эвакуаторная функции фундопликационной манжеты по сравнению с дооперационными показателями ( $p < 0,05$ ).

На контрольных ЭГДС у всех пациентов имелась положительная динамика: отсутствие признаков эзофагита, заживление эрозий, плотное смыкание кардии, отсутствие ГЭР ( $p < 0,05$ ).

При проведении контрольной суточной рН-метрии пищевода и желудка у всех обследованных пациентов достоверно ( $p < 0,05$ ) снизились: % общего времени с  $pH < 4$ , индекс DeMeester; среднее значение рН достоверно ( $p < 0,05$ ) повысилось. В 4 случаях зафиксировано от 5 до 10 непродолжительных (до 20 с) рефлюксов в сутки, не достигающих уровня средней трети пищевода и не сопровождающихся клиническими проявлениями, что позволило расценить их как физиологические.

Фарингоскопическая картина уже через 1 месяц после операции характеризовалась существенной положительной динамикой во всех случаях, в том числе у 14 человек (78%) было достигнуто полное купирование клинико-эндоскопических признаков фарингита ( $p < 0,05$ ). Гипертрофический фарингит сохранялся у 2 (11%) больных, атрофический – также у 2 (11%), однако их выраженность стала существенно ниже. Аналогичная картина отмечена через 6 месяцев после операции. Через 1 год явления гипертрофического фарингита сохранялись у 1 (6%) пациента, атрофического – у 2 (11%), при дальнейшем наблюдении картина не изменилась. При этом у всех пациентов клинические проявления фарингита отсутствовали.

При контрольной ларингоскопии у пациентов с ларингитом через 1 месяц положительная динамика в виде полного исчезновения патологических изменений выявлена у 16 (84%) пациентов ( $p < 0,05$ ). У 2 (11%) больных сохранились явления гипертрофического и у 1 (5%) – атрофического ларингита, но клиническая симптоматика отсутствует. При дальнейших динамических осмотрах ларингоскопическая картина не изменялась.

Полученные результаты позволяют говорить об эффективности оперативного лечения пациентов с отоларингологическими проявлениями рефлюкс-эзофагита. Можно сделать следующие выводы.

Показанием к оперативному лечению являются наличие высокого патологического желудочно-пищеводного рефлюкса, подтвержденного суточной рН-метрией, и неэффективность консервативной терапии.

Лапароскопическая антирефлюксная операция, выполненная по показаниям, является высокоэффективным методом лечения как самого рефлюкс-эзофагита, так и его оториноларингологических проявлений: хронического фарингита и ларингита.

Эффективность лечения внепищеводных оториноларингологических проявлений РЭ тем выше, чем раньше от начала заболевания выполняется антирефлюксное хирургическое вмешательство.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ивашкин В. Т., Шептулин А. А. Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: Пособие для врачей. – М., 2005. – 30 с.
2. Лунев А. В. Сравнительная оценка эффективности схем лечения хронического ларингита на фоне ларингеального рефлюкса // Аспирантский вестник Поволжья. – 2010. – № 3–4. – С. 24–31.
3. Луцевич О. Э., Галлямов Э. А., Толстых М. П. История и современное состояние проблемы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Эндоскопич. хирургия. – 2005. – Т. 11. № 4. – С. 54–59.
4. Маев И. В., Юрнев Г. Л., Бурков С. Г., Сергеева Т. А. Бронхолегочные и орофарингеальные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Consilium medicum. – 2006. – № 2. – С. 22–27.
5. Солдатский Ю. Л. Отоларингологические проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Болезни органов пищеварения. – 2007. – Т. 9. № 2. – С. 42–47.
6. Черноусов А. Ф., Шестаков А. Л., Тамазян Г. С. Рефлюкс-эзофагит. – М.: ИздАТ, 1999. – С. 136.
7. Шептулин А. А., Киприанис В. А. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2005. – Т. 15. № 5. – С. 10–15.
8. Fass R., Achem S. R., Harding S., Mittal R. K. Review article: supra-oesophageal manifestations of gastro-oesophageal reflux disease and the role of night-time gastro-oesophageal reflux // Aliment. pharmacol. ther. – 2004. – № 20 (Suppl. 9). – P. 26–38.
9. Langevin S., Hanh N. GERD induced ENT symptoms: a prospective placebo-controlled study with omeprazole 40 mg a day // Gastroenterology. – 2001. – Vol. 120. – P. 16.
10. Lam P. K. et al. Rabeprazole is effective in treating laryngopharyngeal reflux in a randomized placebo-controlled trial // Clin. gastroenterol. hepatol. – 2010. – № 8. – P. 770.
11. Malagelada J. R. Review article: supraoesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease // Aliment. pharmacol. ther. – 2004. – Vol. 19. Suppl. 1. – P. 43–48.
12. Park W., Hicks D. M., Khandwala F. et al. Laryngopharyngeal reflux: prospective cohort study evaluating optimal dose of proton-pump inhibitor therapy and pretherapy predictors of response // Laryngoscope. – 2005. – № 5. – P. 1230–1238.
13. Salvatore S., Vandenplas Y. Gastro-oesophageal reflux disease and motility disorders // Best pract. res. clin. gastroenterol. – 2003. – Vol. 17. № 2. – P. 163–179.
14. Vaezi M. F. Benefit of acid-suppressive therapy in chronic laryngitis: The devil is in the details // Clin. gastroenterol. hepatol. – 2010. – № 8. – P. 741.

Поступила 29.03.2012