

Ю.Л. СОЛДАТСКИЙ¹, д.м.н., профессор, И.Е. ПОГОСОВА², к.м.н., Т.Г. ЗАВИКТОРИНА³, к.м.н.

¹ ГБУЗ «Морозовская ДГКБ» Департамента здравоохранения города Москвы

² Научная группа НИЦ при кафедре болезней уха, горла и носа ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России

³ ГБУЗ «Детская больница св. Владимира» Департамента здравоохранения города Москвы

КЛИНИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ

МЕЖДУ ХРОНИЧЕСКИМ ФАРИНГИТОМ И КИСЛОТОЗАВИСИМОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

В последние годы пристальное внимание врачей различных специальностей привлекает проблема гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), в т. ч. ее внепищеводных проявлений. ГЭРБ может являться причиной рецидивирующих риносинуситов, экссудативных средних отитов, фарингитов, не поддающихся стандартному лечению. На основании наших данных роль кислотозависимой патологии в патогенезе развития хронического фарингита представляется несомненной: среди детей, страдающих ГЭРБ, наличие хронической патологии глотки обнаружено у 58,2%. При этом сопутствующая лор-патология в основном развивается у больных с внепищеводным вариантом ГЭРБ, т. е., вероятно, обусловлена попаданием кислого рефлюктата в нефизиологичное для него место. Это обстоятельство, несомненно, следует учитывать при назначении комплексного лечения, которое должно включать не только антирефлюксную, но и местную элиминационную и противовоспалительную терапию.

Ключевые слова: хронический фарингит, дисфония, ГЭРБ, лечение, детский возраст

Хронический фарингит – одно из наиболее распространенных заболеваний во всех возрастных группах, в т. ч. и в детском возрасте. Слизистая оболочка глотки, особенно ее задней и боковых стенок, обладает богатой чувствительной иннервацией. В связи с этим патологические процессы глотки сопровождаются мучительными для больного симптомами – болью, ощущением инородного тела, сухости, дискомфортом, першением. Длительное течение заболевания приводит к тому, что у многих пациентов эта симптоматика становится доминирующей проблемой, неизбежно отражаясь на качестве жизни [2, 8]. Хронический фарингит – полиэтиологическое заболевание, в генезе которого играют роль разнообразные факторы, в т. ч. длительное воздействие раздражающих факторов, конституциональные особенности слизистой оболочки глотки, затрудненное носовое дыхание, повторные острые фарингиты, эндокринные расстройства, патология желудочно-кишечного тракта. В последние годы пристальное внимание врачей различных специальностей привлекает про-

блема гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), в т. ч. ее внепищеводных проявлений.

ГЭРБ – хроническое рецидивирующее заболевание, обладающее характерными пищеводными и внепищеводными проявлениями и разнообразными морфологическими изменениями слизистой оболочки пищевода, вызванными ретроградным забросом в него желудочного или желудочно-кишечного содержимого, т. е. гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР), включая пепсин, желчь, панкреатические ферменты и т. д. В частности, в США этим заболеванием страдают 75 млн взрослых, а среди детского населения распространенность патологии составляет 22% [10]. По данным эпидемиологических исследований, среди взрослого населения в Москве ГЭРБ страдают 23,6% [6], а в крупных городах России – 13,3% [7].

Частый и длительный контакт слизистой оболочки пищевода с желудочным и/или желудочно-кишечным содержимым вследствие ГЭР относится к главным патогенетическим механизмам воспалительного процесса при ГЭРБ [1, 3]. Рефлюкс, проникающий выше верхнего пищеводного сфинктера, обозначается как фаринголарингеальный рефлюкс (ФЛР). В этих условиях возрастает уязвимость

эпителии гортаноглотки вследствие низких протективных возможностей данной области по отношению к агрессивным факторам (пепсину, соляной кислоте и др.) [15]. Патологические высокие ГЭР, приводящие к регулярному забросу желудочно-кишечного содержимого не только в верхние отделы пищевода, но и в глотку, гортань, полость носа, за счет прямого контактного повреждения слизистой оболочки и рефлекторного воздействия могут приводить к развитию хронических воспалительных изменений других органов. Считается, что именно экстрапищеводный рефлюкс приводит к развитию внепищеводной симптоматики рефлюксной болезни, среди которой в первую очередь выделяют признаки поражения бронхолегочной системы и лор-органов. К первым относят атипично протекающую бронхиальную астму, хронический кашель, особенно в ночное время, обструктивную болезнь легких, рецидивирующие пневмонии, пароксизмальное ночное апноэ [11]. К отоларингологическим заболеваниям, ассоциированным с ГЭРБ, относят рефлюкс-ларингит, контактные язвы и гранулемы гортани, идиопатический рубцовый стеноз гортани. Кроме того, кислотозависимая патология ЖКТ может являться причиной рецидивирующих риносинуситов, экссудативных средних отитов, фарингитов, не поддающихся стандартному лечению [9, 17, 20]. Считается, что до 40% детей с ГЭРБ имеют респираторную симптоматику [18].

Классические симптомы ГЭРБ включают изжогу, регургитацию и диспепсию. ФЛР проявляется значительно разнообразнее – к его симптомам относят боли, ощущение кома, инородного тела в горле, першение, кашель, охриплость, ларингоспазм, оталгию, желание «прочистить» горло. При этом именно отсутствие изжоги является ведущим дифференциальным признаком, отличающим ФЛР от ГЭРБ, а анатомическая близость глотки, гортани и пищевода, делающая слизистую оболочку лор-органов легко доступной для рефлюктата, приводит к наиболее частому ее поражению при этой патологии [17]. Ведущими методами инструментальной диагностики ГЭРБ является фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) и 24-часовое рН-мониторирование пищевода, позволяющее определить вид реф-

люкса (кислотный или щелочной), общее число эпизодов рефлюкса в течение суток и их продолжительность (в норме рН пищевода составляет 5,5–7,0, в случае рефлюкса – рН менее 4 или более 7), связь с приемом пищи, положением тела. В отличие от диагностики ГЭРБ, в настоящее время не существует четко установленного золотого стандарта диагностики ФЛР. Большинство клиницистов полагается на совокупность жалоб пациента, данных ларингоскопии, дополнительных методов исследования, подтверждающих рефлюкс, а также на изменение клинических проявлений в ответ на эмпирическое лечение. Из инструментальных методов диагностики ФЛР наиболее информативными являются суточная рН-метрия с одновременным использованием двух зондов или датчиков (глоточного и

■ ГЭРБ – хроническое рецидивирующее заболевание с характерными пищеводными и внепищеводными проявлениями и разнообразными морфологическими изменениями слизистой оболочки пищевода, вызванными ретроградным забросом в него желудочного или желудочно-кишечного содержимого

пищеводного) и внутрипищеводная импедансометрия [16]. Однако до сих пор в мире не проведено ни одного исследования, охватывающего достаточное число здоровых добровольцев, которое позволило бы определить нормативные показатели для достоверной диагностики ФЛР при рН-метрии глотки и пищевода, что крайне затрудняет как инструментальную диагностику заболевания, так и возможность проведения каких-либо контролируемых медицинских исследований. В связи с этим в практической работе ведущим методом диагностики является эндоскопия гортани, позволяющая заподозрить наличие ФЛР. По данным статистического метаанализа статей, посвященных оценке эндоскопических находок, ассоциированных с рефлюксной болезнью [17], основными признаками кислотозависимой патологии со стороны горта-

ни являются: отек и узелки голосовых складок; отек и гиперемия задних отделов голосовых складок; отек и гиперемия черпаловидных хрящей; гипертрофия язычной миндалины; подскладковый стеноз; отек слизистой оболочки трахеи. Таким образом, рефлюкс желудочного содержимого, несомненно, может расцениваться как значимый кофактор, приводящий к воспалению тканей глотки и гортани, и является возможной причиной различных заболеваний дыхательных путей [14]. В литературе имеются работы, посвященные клинической взаимосвязи хронического фарингита и ГЭРБ у взрослых [4, 5], однако эта проблема в детском возрасте практически не освещена.

Целью нашей работы явилось изучение клинических корреляций между кислотозависимой патологией ЖКТ и хроническим фарингитом.

В исследование включено 99 пациентов, госпитализированных в гастроэнтерологическое отделение: 1-ю группу составили 67 пациентов с ГЭРБ (диагноз во всех случаях подтвержден инструментально на основании данных ФЭГДС и 24-часовой рН-манометрии пищевода и гортанной части глотки) (средний возраст $12,3 \pm 2,16$ года); 2-ю группу (контрольную) – 32 пациента (средний возраст $11,2 \pm 2,48$ года), госпитализированных по поводу иной патологии (у всех больных этой группы диагноз ГЭРБ был исключен). По возрасту группы статистически сопоставимы ($p > 0,05$). Всем детям, помимо стандартного общеклинического, гастроэнтерологического и оториноларингологического обследования, произвели 24-часовое рН-мониторирование пищевода и гортаноглотки и фибровидеоларингоскопию.

Эндоскопию гортани, выполненную всем пациентам, осуществляли при помощи фиброриноларингоскопов Pentax FNL7-RP3. Суточное рН-мониторирование пищевода проводили однократно натошак при помощи портативного ацидогастрометра «Гастроскан-24» (Россия). Использовали стандартные рН-метрические зонды с наружным диаметром 2,2 мм, имеющие 3 измерительных электрода. Зонд устанавливали по разработанной нами методике: под контролем фиброларингоскопии зонд проводили трансназально в глотку, а затем – в

пищевод, располагая его таким образом, чтобы проксимальный электрод помещался в гортанной части глотки на 2–5 мм ниже черпаловидных хрящей над верхним пищеводным сфинктером. При этом средний электрод располагался в средней трети, а дистальный находился в нижней трети пищевода выше нижнего пищеводного сфинктера. После фиксации зонда пластырем положение проксимального электрода контролировали в различных положениях тела (стоя, сидя, лежа) при помощи фиброларингоскопии. По окончании исследования прибор подключали к компьютеру, происходила передача данных, которые в дальнейшем обрабатывались с помощью программного обеспечения, разработанного ГНПП «Исток-система». Вывод информации по каждому пациенту осуществляли в графическом и текстовом режимах. Для выявления патологического ГЭР использовали нормальные показатели, установленные T.R. DeMeester [12, 13]. В качестве критерия ФЛР использовались нормативы G.N. Postma [19], т. е. наличие за сутки трех и более эпизодов заброса желудочного содержимого с $pH < 4,0$ в гортаноглотку.

■ Патологические высокие ГЭР, приводящие к регулярному забросу желудочно-кишечного содержимого не только в верхние отделы пищевода, но и в глотку, гортань, полость носа, за счет прямого контактного повреждения слизистой оболочки и рефлекторного воздействия могут приводить к развитию хронических воспалительных изменений других органов

Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с использованием программ Statistica 6.1 и Microsoft Excel 2003 согласно рекомендациям по проведению медицинской статистики.

По результатам 24-часового рН-мониторирования гортаноглотки и пищевода среди больных 1-й группы изолированный вариант ГЭРБ был выявлен у 24 (35,8%); внепищеводный вариант ГЭРБ – у остальных 43 (64,2%) пациентов. Среди пациентов

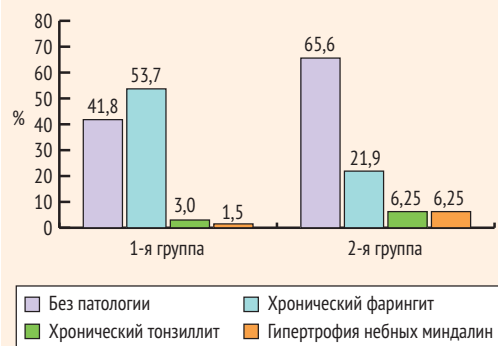
2-й группы при проведении суточной рН-метрии пищевода и гортаноглотки ни в одном случае не было выявлено ГЭРБ либо ФЛР.

Среди пациентов 1-й группы хронические заболевания глотки обнаружены у 39 (58,2%) из 67, в т. ч. хронический фарингит (преимущественно его гранулезная и смешанная формы) диагностирован у 36 (53,7% от всей группы); хронический тонзиллит – у 2 (3%); гипертрофия язычной и небных миндалин – у 1 (1,5%). Среди 32 ребят 2-й группы хроническая патология глотки имела у 11 (34,4%), в т. ч. хронический фарингит (преимущественно субатрофическая и смешанная формы заболевания) обнаружился у 7 (21,9%) пациентов, а у 2 (6,25%) – гипертрофия небных миндалин и хронический тонзиллит (разница между группами статистически достоверна, $p < 0,05$) (рис. 1). При анализе наличия хронического фарингита в зависимости от клинической формы у пациентов 1-й группы ГЭРБ были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,05$) между подгруппой с внепищеводным и подгруппой с изолированным вариантом ГЭРБ (рис. 2), как и во 2-й группе. В частности, среди подгруппы с изолированным вариантом ГЭРБ хроническая патология глотки имела у 8 (33,3%) из 24 больных, в то время как среди 43 пациентов с внепищеводным вариантом ГЭРБ – у 31 (72,1%). Полученные данные подтверждаются статистически значимым коэффициентом корреляции $r = 0,35$ ($p < 0,05$) между развитием хронического фарингита и внепищеводным вариантом ГЭРБ.

Кроме того, по данным эндоскопического исследования, среди больных 1-й группы хроническая патология гортани была выявлена у 43 (64,1%), в т. ч. функциональная дисфония и/или рефлюкс-ларингит – у 19 (28,3%); узелки голосовых складок – у 12 (17,9%); парез голосовой складки – у 5 (7,5%); затянувшаяся мутационная дисфония – у 7 (10,4%) пациентов. Среди детей 2-й группы хроническая патология гортани обнаружена лишь у 2 (6,5%) (в обоих случаях – узелки голосовых складок).

Таким образом, частота хронической патологии гортани у пациентов с ГЭРБ развивается статисти-

Рисунок 1. Частота выявления хронической патологии глотки у детей с хронической патологией желудочно-кишечного тракта в зависимости от наличия или отсутствия ГЭРБ



чески достоверно чаще ($p < 0,05$) по сравнению с гастроэнтерологическими больными без кислото-зависимой патологии ЖКТ. Более того, при анализе частоты дисфонии у больных 1-й группы в зависимости от клинической формы ГЭРБ обнаружено, что изменение голоса коррелировало с внепищеводной формой ГЭРБ ($r = 0,44$; $p < 0,01$): среди 24 пациентов с изолированной формой ГЭРБ патология гортани обнаружена лишь у 6 (25%); а среди 43 детей с внепищеводным вариантом ГЭРБ – у 37 (86,1%) (разница между группами статистически достоверна, $p = 0,0046$) (рис. 3).

Лечебные мероприятия пациентам 1-й группы назначались с учетом полученных результатов и зависели от варианта рефлюксной болезни, наличия эзофагита и хронической патологии глотки и гортани.

Всем больным с ГЭРБ назначали альгинат. При приеме внутрь он быстро реагирует с кислым содержимым желудка, при этом образуется гель альгината, т. н. «альгинатный плот», препятствующий возникновению ГЭР. В случае регургитации гель с большей вероятностью, чем содержимое желудка, попадает в пищевод, защищая слизистую оболочку от воздействия соляной кислоты, пепсина и желчных кислот. Особенностью препарата является также ошелачивающий эффект в пищеводе, обволакивающее действие суспензии и его достаточно высокая длительность – до опорожнения

желудка. Важными достоинствами препарата являются также способность адсорбции пепсина и желчных кислот и безопасность – альгинаты не всасываются и не действуют системно, не аккумулируются, не вступают в лекарственные взаимодействия, эффективны как в отношении кислого, так и щелочного рефлюкса, действенны при большинстве патогенетических вариантов изжоги. Пациентам с изолированной формой ГЭРБ дополнительно к альгинату назначали прокинетики: при отсутствии эндоскопических признаков эзофагита длительность терапии составляла как минимум 2–3 нед., при выявлении катарального эзофагита терапию продолжали в течение не менее 3–4 нед. Больным с экстрапищеводным вариантом ГЭРБ дополнительно к альгинату назначали ингибитор протонной помпы; длительность терапии составляла 12 нед. вне зависимости от данных ФЭГДС.

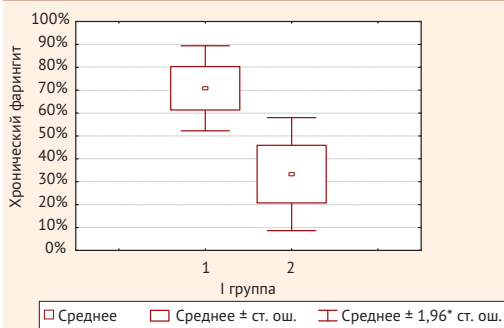
Низкая ощелачивающая способность эпителия глотки и гортани по сравнению со слизистой оболочкой пищевода [16] способствует пролонгированному действию кислого рефлюктата, и слизистая оболочка глотки и гортани может быть дополнительно повреждена пепсином. В связи с этим целесообразно применение элиминационной терапии. С этой целью пациентам с внепищеводным вариантом ГЭРБ и с ФЛР назначали орошение глотки гипертоническим раствором морской воды с

алоэ вера и ромашкой римской в течение минимум одного месяца. Помимо механического увлажнения и очищения слизистой оболочки, препарат оказывает противовоспалительное, антисептическое и регенерирующее действие.

У пациентов с хронической патологией глотки и гортани в качестве местной противовоспалительной терапии в течение 2 нед. использовали препараты, содержащие биклотимол. Кроме того, больным с сопутствующей патологией гортани рекомендовали строгий голосовой покой и проводили фонопедическое лечение.

В катамнезе в сроки от 8 до 12 мес. удалось обследовать 48 пациентов 1-й группы. Во время повторной госпитализации всем пациентам производили клинко-инструментальное обследование в полном объеме, включающее в т. ч. 24-часовое рН-мониторирование глотки и пищевода и фиброларингоскопию. По данным повторного обследования, нормализация данных суточной рН-метрии произошла у 28 (58,3%) больных; положительная динамика (уменьшение выраженности и длительности эпизодов рефлюкса, переход экстрапищеводной формы ГЭРБ в изолированную, отсутствие эндоскопических признаков эзофагита) – у 11 (22,9%); без выраженной динамики – у 9 (18,8%) пациентов. При осмотре в катамнезе отсутствовали жалобы, характерные для патологии глотки и гор-

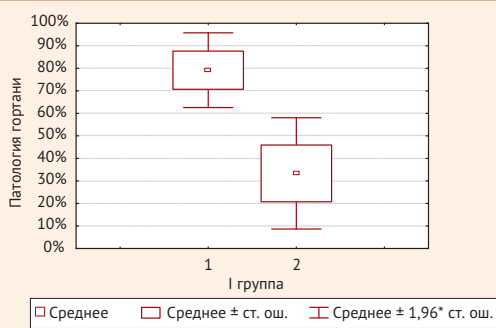
Рисунок 2. Частота развития хронического фарингита у детей 1-й группы в зависимости от варианта ГЭРБ



Примечание.

1. Больные с внепищеводным вариантом ГЭРБ.
2. Больные с изолированным вариантом ГЭРБ.

Рисунок 3. Частота выявления хронической патологии гортани у детей 1-й группы в зависимости от варианта ГЭРБ



Примечание.

1. Больные с внепищеводным вариантом ГЭРБ.
2. Больные с изолированным вариантом ГЭРБ.

тани, произошла нормализация эндоскопической картины у 25 (52,1%) детей; положительная динамика обнаружена у 12 (25%); сохранялась патология

■ Основными признаками кислотозависимой патологии со стороны гортани являются: отек и узелки голосовых складок; отек и гиперемия задних отделов голосовых складок; отек и гиперемия черпаловидных хрящей; гипертрофия язычной миндалины; подскладочный стеноз; отек слизистой оболочки трахеи

глотки и/или гортани у 11 (22,9%) детей (состояние глотки и гортани у ребят основной группы до и после лечения достоверно отличается, $p < 0,01$). Важно отметить, что, по нашим данным, отмечена

достоверно высокая корреляция между нормализацией состояния желудочно-кишечного тракта и состоянием глотки и гортани (коэффициент корреляции $r = 0,54$, $p < 0,01$).

Таким образом, на основании наших данных роль кислотозависимой патологии в патогенезе развития хронического фарингита представляется несомненной: среди детей, страдающих ГЭРБ, наличие хронической патологии глотки обнаружено у 58,2%. При этом сопутствующая лор-патология в основном развивается у больных с внепищеводным вариантом ГЭРБ, т. е., вероятно, обусловлена попаданием кислого рефлюктата в нефизиологичное для него место. Это обстоятельство, несомненно, следует учитывать при назначении комплексного лечения, которое должно включать не только антирефлюксную, но и местную элиминационную и противовоспалительную терапию.



ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева О.П., Пикулев Д.В., Долбин И.В. Внепищеводные маски гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Н. Новгород: НГМА, 2006. 76 с.
2. Бабияк В.И., Говорухин М.И., Митрофанов В.В. Некоторые психологические аспекты проблемы «качества жизни» человека // Российская оториноларингология. 2004. №1 (8). С. 3–6.
3. Бельмер С.В., Гасилина Т.В., Коваленко А.А. Кислотозависимые состояния у детей / под ред. академика РАМН Таболина В.А. М., 1999. 112 с.
4. Епанчицева А.С., Свистушкин В.М., Исаков В.А., Никифорова Г.Н., Морозов С.В., Шабаров В.Л. Фактор высокого гастроэзофагеального рефлюкса в развитии различных форм хронического фарингита // Российская оториноларингология. 2010. №5 (48). С. 11–15.
5. Кокорина В.Э. Диагностика и лечение заболеваний лор-органов, обусловленных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2010. 39 с.
6. Лазебник Л.Б., Васильев Ю.В., Мананников И.В. Изжога как один из основных критериев ГЭРБ (результаты одного эпидемиологического исследования) // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2004. №1. С. 164–165.
7. Лазебник Л.Б., Машарова А.А., Бордин Д.С., Васильев Ю.В., Ткаченко Е.И., Абдулхаков Р.А., Бутов М.А., Еремина Е.Ю., Зинчук Л.И., Цуканов В.В. Результаты многоцентрового исследования «Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России» («МЭГРЕ») // Терапевтический архив. 2011. Т. 83. №1. С. 45–50.
8. Овчинников А.Ю., Свистушкин В.М., Никифорова Г.Н., Габидава В.А. Послеоперационный период при тонзилэктомии. Проблема анальгезии // Вестник оториноларингологии. 2005. №5. Приложение. С. 274–276.
9. Book D.T., Rhee J.S., Toohill R.G., Smith T.L. Perspectives in laryngopharyngeal reflux: an international survey // Laryngoscope. 2002. Vol. 112. №8. P. 1399–1406.
10. Brodsky L., Carr M.M. Extracervical reflux in children // Curr. Opin. Otolaryngol. Head. Neck. Surg. 2006. Vol. 14. №6. P. 387–392.
11. Chang A.B., Lasserer T.J., Kiljander T.O. et al. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of gastro-oesophageal reflux interventions for chronic cough associated with gastro-oesophageal reflux // BMJ. 2006. Vol. 332. №1. P. 11–17.
12. DeMeester T.R., Chandrasoma P. Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease // Ann. Rev. Med. 1999. Vol. 50. P. 469–506.

Полный список литературы вы можете запросить в редакции.