

## КЛИНИКО-ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА ПРИ ГЭРБ

© 2006 г. И.В. Маев, С.Г. Бурков, Г.Л. Юренев, З.К. Ханакаева

Известно, что среди атипичных (экстрапищеводных) проявлений ГЭРБ на долю оториноларингологических (ринит, фарингит, ощущение кома в горле – «globus sensation», ларингит, полипы голосовых складок, средний отит, оталгии) приходится до 25 % всех случаев. Такие больные годами лечатся у ЛОР-врачей, не достигая стойкой ремиссии заболевания, им не проводится обследование верхних отделов пищеварительного тракта и тем самым отсрочивается диагностика ГЭРБ, назначение патогенетически обоснованной терапии [1–4].

Рассматривая проблему с точки зрения ЛОР-патологии, надо отметить, что одним из наиболее часто встречающихся заболеваний в практике врача-оториноларинголога является хронический фарингит (ХФ). Несмотря на то, что заболевание всесторонне изучается, а в клиническую практику внедряются новые лекарственные препараты и методы лечения, эффективность последнего сравнительно низка. Это, вероятно, связано с тем, что во многих случаях терапия носит симптоматический характер, что и обуславливает лишь временный положительный эффект.

*Цель исследования* – определить частоту возникновения и возможности медикаментозной терапии ХФ при ГЭРБ.

*Материалы и методы.* Всего в исследование было включено 262 больных, страдавших ГЭРБ (145 мужчин и 117 женщин, средний возраст  $47,4 \pm 5,3$  года). Диагноз заболевания устанавливался на основании жалоб, данных анамнеза, осмотра, 24-часовой рН-метрии, ЭГДС, ультразвукового и рентгенологического исследования пищевода и желудка.

Отоларингологический статус больных оценивался в первую очередь фарингоскопически. Так, при хроническом катаральном фарингите определялись гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки с инъекцией расширенных сосудов, вязкая слизь. Критериями хронического гипертрофического фарингита являлись утолщение и разлитая гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки, вязкий слизистый или слизисто-гнойный секрет на ней, увеличение отдельных групп фолликулов, отечность и утолщение мягкого неба и язычка. Скопление и увеличение лимфоидной ткани задней стенки глотки, так называемых гранул, обозначались как гранулезный фарингит, а гипертрофия лимфоидной ткани на боковых стенках глотки за задними небными дужками в виде ярко-красных валиков – как боковой фарингит. У больных атрофическим фарингитом слизистая оболочка задней стенки глотки выглядела сухой, истонченной, бледной, блестящей, как бы покрытой тонким слоем лака; часто она была покрыта слизью, засыхающей в виде корок.

*Результаты.* Из 262 обследованных больных (эндоскопически позитивная ГЭРБ (стадии А – В, по Л-А

классификации) имела место в 36 случаях (1-я группа), 52 (2-я группа) – негативная) диагноз ХФ был установлен у 88 (33,6 %). Основными жалобами являлись першение в горле, имевшее место у 67 пациентов (76 %), ощущение кома в горле – у 61 (69,3 %) и боль в горле при глотании слюны – у 42 (47,7 %). Путем анализа анамнестических данных, сопоставления сроков возникновения ХФ и ГЭРБ было установлено, что 15 чел. первоначально обратили внимание на появление жалоб со стороны глотки, одновременное появление симптомов со стороны глотки и пищевода отмечено у 28, т.е. у 17 % обследованных первоначально было зафиксировано ЛОР-заболевание, а у 31,8 % жалобы со стороны глотки и пищевода появились одновременно.

При изучении данных фарингоскопии у больных с эндоскопически негативной и позитивной ГЭРБ было выяснено, что при негативном варианте заболевания чаще диагностируется гипертрофическая форма ХФ (у 88,5 %, или 46 пациентов). Атрофический фарингит у данной категории больных не встречался. При эндоскопически позитивной ГЭРБ атрофический фарингит имел место в 30,5 % случаев (11 чел.). Оценивая разброс в зависимости от степени тяжести рефлюкс-эзофагита, мы пришли к выводу, что атрофический фарингит встречался только у больных со стадией В.

Всем наблюдавшимся пациентам было назначено лечение, включавшее соблюдение рекомендаций по изменению стиля жизни и питанию, прием лекарственных препаратов. При эндоскопически позитивном варианте ГЭРБ назначался рабепразол (0,02 один раз в день на ночь) в течение 4 недель и домперидон (0,01×3 раза в сутки) в течение 12 недель. При эндоскопически негативной ГЭРБ рабепразол (0,01 один раз в день на ночь) и домперидон (0,01×3 раза в сутки) назначались на 4 и 8 недель. Специальная ЛОР-терапия не проводилась.

В контрольные сроки (через 4 недели) у больных 1-й группы при ЭГДС признаки эзофагита сохранялись лишь у 6, хотя клиническое улучшение (в первую очередь исчезновение изжоги) отметили все пациенты, а фарингоскопическая картина значительно улучшилась у 26 (72 %) наблюдавшихся. Через 3 мес. атрофический фарингит не был выявлен ни в одном случае, рецидива рефлюкс-эзофагита также не наблюдалось. У больных 2-й группы жалобы были купированы в первый день в 71,1 % случаев, дольше всего сохранялось чувство кома в горле, однако в контрольные сроки все проявления болезни были купированы полностью. При фарингоскопии гипертрофический фарингит сохранялся у 7 чел. (13,5 %), хотя выраженность его значительно ниже. Данной группе больных была рекомендована терапия фарингалом и тонзином, что позволило купировать признаки ХФ в ближайшие 3 месяца.

Таким образом, в ряде случаев патогенетической причиной хронического фарингита является ГЭРБ, поэтому подобным больным при отсутствии эффекта от терапии ЛОР препаратами следует проводить обследование пищевода с целью диагностики его поражения. Пациентам, страдающим ХФ вследствие ГЭРБ, возможного ее внепищеводного проявления, показано лечение блокаторами желудочной секреции, в первую очередь ингибиторами протонной помпы (рабепразолом) и прокинетиками (домперидоном).

#### **Литература**

1. *Bain W.M.* et al. Head and neck manifestations of gastroesophageal reflux // *Laryngoscope*. 1993. Vol. 93(2). P. 175–179.
2. *Bobin S., Attal P.* Laryngotracheal manifestations of gastroesophageal reflux in children // *Pediatric. Pulmon. Suppl.* 1999. Vol. 18. P. 73–75.
3. *Corrado G.* et al. The otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux: when is a pH study indicated? // *J. Pediatr. Surg.* 2000. Vol. 35(8). P. 1271–1274.
4. *Koufman J.A., Amin M.R., Panetti M.* Prevalence of reflux in 113 consecutive patients with laryngeal and voice disorders // *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000. Vol. 123(4). P. 385–388.