

Роль функционально-анатомических нарушений пищевода и желудка в развитии патологии гортани: обзорная статья

С.В. Старостина[✉], В.М. Махов, А.В. Большаков

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

[✉]starostina_sv@inbox.ru

Аннотация

Повышенное внимание клиницистов к гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) связано с явной тенденцией к увеличению частоты заболевания, тяжести его течения, а также возможностью развития серьезных осложнений и наличием большого количества внепищеводных проявлений, существенно снижающих качество жизни больного. Наиболее разносторонними внепищеводными проявлениями рефлюксной болезни являются оториноларингологические, из которых особое внимание надо уделить рефлюкс-ассоциированным патологиям гортани, симптомы которых наиболее многочисленные и могут быть единственными проявлениями ГЭРБ. В данной статье оцениваются влияние ГЭРБ на клинко-функциональное состояние гортани и его динамику на фоне антирефлюксной терапии, а также прогнозирование развития и течения доброкачественных и предраковых заболеваний гортани.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ларингофарингеальный рефлюкс, доброкачественные и предраковые заболевания гортани.

Для цитирования: Старостина С.В., Махов В.М., Большаков А.В. Роль функционально-анатомических нарушений пищевода и желудка в развитии патологии гортани: обзорная статья. Consilium Medicum. 2019; 21 (11): 9–14. DOI: 10.26442/20751753.2019.11.190637

Review

The role of functional and anatomical disorders of the esophagus and stomach in the development of laryngeal pathology: review article

Svetlana V. Starostina[✉], Valery M. Makhov, Alexander V. Bolshakov

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

[✉]starostina_sv@inbox.ru

Abstract

The increased attention of clinicians to gastroesophageal reflux disease (GERD) is associated with a clear tendency to increase the frequency of the disease, the severity of its course, as well as the possibility of developing serious complications and the presence of a large number of extraesophageal manifestations, significantly reducing the quality of life of the patient. The most versatile extraesophageal manifestations of reflux disease are otorhinolaryngological, of which special attention should be paid to reflux-associated laryngeal pathologies, the symptoms of which are the most numerous and may be the only manifestations of gastroesophageal reflux disease. This article assesses the influence of GERD on the clinical and functional state of the larynx and its dynamics against the background of antireflux therapy, as well as the prognosis of the development and course of benign and precancerous diseases of the larynx.

Key words: gastroesophageal reflux disease, laryngopharyngeal reflux, benign and precancerous laryngeal diseases.

For citation: Starostina S.V., Makhov V.M., Bolshakov A.V. The role of functional and anatomical disorders of the esophagus and stomach in the development of laryngeal pathology: review article. Consilium Medicum. 2019; 21 (11): 9–14. DOI: 10.26442/20751753.2019.11.190637

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) является одним из самых распространенных заболеваний органов пищеварительной системы, ее симптомы ежедневно испытывают около 10% населения, она значительно снижает качество жизни людей, особенно трудоспособного возраста, и характеризуется возможностью развития серьезных осложнений [1–4]. Заболеваемости в странах Западной Европы, Южной и Северной Америки в среднем составляет приблизительно 20%, в странах Азии – 5–10%, без тенденции к ее снижению [1]. По данным многоцентрового эпидемиологического исследования распространенности ГЭРБ (Многоцентровое исследование «Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России» – МЭГРЕ), распространенность ГЭРБ в России составляет около 13,3% и увеличивается с возрастом, а главный симптом заболевания – изжога – когда-либо беспокоила 47,5% обследуемых [3]. Популяционные исследования отмечают рост заболеваемости ГЭРБ, который связывают с устойчивой тенденцией к распространенности ожирения и избыточной массы тела среди населения [4]. Также предрасполагающими факторами развития ГЭРБ являются употребление алкоголя, беременность, курение, физические нагрузки, сопровождающиеся повышением внутрибрюшного давления, особенности питания, а также наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) [2, 3, 5]. На фоне растущей заболеваемости ГЭРБ увеличи-

вается и встречаемость ее осложнений: по данным Р. Неико и соавт. [6], частота выявления аденокарциномы пищевода увеличилась практически в 6 раз с 1975 г., причем отмечена наиболее частая его локализация – нижняя треть пищевода, в области нижнего пищеводного сфинктера; доля пациентов с рефлюкс-эзофагитом увеличилась в 2 раза с 1992 по 2001 г. [7], с пищеводом Барретта – в 1,8 раза в период с 1997 по 2002 г. [8].

ГЭРБ является многофакторным заболеванием со сложным патогенезом и разнообразными клиническими симптомами и представляет собой моторно-эвакуаторное нарушение деятельности желудка, приводящее к забросу желудочного или желудочно-дуоденального содержимого в пищевод, независимо от наличия морфологических изменений в последнем [2, 3], вызывающее у больного причиняющие неудобства симптомы и приводящее к развитию серьезных осложнений. Основное звено ГЭРБ – воздействие кислого рефлюктанта на слизистую пищевода, которому способствует нарушение противорефлюксных механизмов (ослабление перистальтики пищевода, снижение тонуса его сфинктеров), что на фоне увеличения времени пребывания пищи в желудке и повышения кислотности желудочного содержимого обуславливает главные клинические проявления заболевания: изжогу, срыгивание, отрыжку воздухом, дисфагию, одиофагию, загрудинные боли [2, 9]. Наиболее часто отмечаемые пациентами симпто-

Таблица 1. Дифференциальная диагностика ГЭРБ и ЛФР (по Ю.Л. Солдатскому, 2007, с дополнениями)

Table 1. Differential diagnosis of gastroesophageal reflux disease and laryngopharyngeal reflux (by J.L. Soldatskiy, 2007, supplemented)

	ГЭРБ	ЛФР
Патогенез	Снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера	Дисфункция верхнего пищеводного сфинктера
Время возникновения симптомов	Чаше ночью	Чаше днем
Положение тела, в котором симптомы усиливаются	Горизонтальное	Вертикальное
Изжога как главный симптом	В большинстве случаев	Редко
Поражение слизистой оболочки пищевода	Приблизительно в 1/2 случаев	Редко
Симптоматика	Преимущественно со стороны ЖКТ	Преимущественно со стороны гортани и глотки
Эффективность лечения	Быстрый регресс симптоматики	Медленный регресс симптоматики, менее предсказуемая эффективность лечения
Длительность лечения	3 мес	Не менее 6 мес
Длительность рефлюксных эпизодов	Длительное воздействие кислоты	Кратковременное воздействие кислоты
Диагностическая чувствительность традиционных гастроэнтерологических методов обследования (ЭГДС, рентгенография пищевода)	Высокая	Низкая
Наличие четких диагностических критериев и общепринятых методик лечения	Да	Нет

мы – изжога и боли в эпигастрии – наблюдаются более чем в 70% случаев [2, 9] и связаны с воздействием кислого содержимого желудка на слизистую пищевода; обычно изжога, сопутствующая рефлюксной болезни, усиливается при повышении внутрибрюшного давления, при наклоне туловища или во время пребывания в горизонтальном положении [9]. Более чем в 1/2 случаев у пациентов с ГЭРБ наблюдается срыгивание и отрыжка, при которой в пищевод и верхние отделы пищеварительного тракта поступает воздух, содержащий микрочастицы рефлюксанта: соляная кислота, пепсин, желчь. У 25–40% отмечается дисфагия, свидетельствующая о тяжелом течении рефлюкс-эзофагита и указывающая на возможное наличие пептической стриктуры пищевода [2]. По данным литературы, приблизительно в 30% случаев у больных с ГЭРБ обнаруживают ГПОД [2, 5, 10] – фактор, влияющий на развитие заболевания, усиливающий частоту возникновения и выраженность рефлюксных эпизодов и ухудшающий клиническое течение заболевания [3, 5].

Регулярный заброс желудочного содержимого в пищевод обуславливает возможность развития серьезных осложнений – кровотечений, ассоциированных с язвами и эрозиями пищевода, пептических стриктур, а также может стать причиной метаплазии многослойного плоского эпителия пищевода цилиндрическим желудочным эпителием (пищевод Барретта) и позднее – аденокарциномы пищевода [2, 6, 11].

Учитывая анатомические взаимоотношения верхних отделов желудочно-кишечного (ЖКТ) и респираторного трактов, создаются предпосылки для развития внепищеводных осложнений ГЭРБ: оториноларингеальных, бронхолегочных, которые составляют 85% от всех внепищеводных проявлений, а также кардиальных и стоматологических [12]. В 2005 г. в Монреале на Международном конгрессе гастроэнтерологов были выделены внепищеводные синдромы, связь которых с ГЭРБ установлена (рефлюкс-ассоциированное поражение эмали, связанное с нарушением кислотно-щелочного равновесия и очаговой деминерализацией тканей зубов, рефлюкс-ларингит, рефлюкс-кашель, рефлюкс-астма) и связь которых с ГЭРБ предполагается (фарингит, синусит, идиопатический фиброз легких, рецидивирующий средний отит) [10, 13].

Наиболее разносторонними внепищеводными проявлениями рефлюксной болезни являются оториноларингологические; отмечен вклад ГЭРБ в течение упорно текущих и

рецидивирующих риносинуситов [14], воспалительных изменений со стороны глотки и слуховой трубы, среднего уха [13, 15]. С точки зрения врача-оториноларинголога большое внимание следует уделять сопутствующей патологии гортани, наблюдаемой в 82,6% случаев у пациентов с оториноларингологическими проявлениями ГЭРБ [15]; по данным литературы, приблизительно в 16% случаев гортанные симптомы могут быть единственными проявлениями ГЭРБ [16], что обуславливает нетипичное протекание ГЭРБ и вызывает трудности в постановке диагноза [9]. Гортанные симптомы наиболее многочисленны: к ним относятся периодический кашель, ощущение «комка» в гортани, охриплость, дисфония, дисфагия, ощущение застоя слизи в глотке и связанное с этим желание откашляться или полоскать горло, ларингоспазм [13]. Стоит отметить, что непродуктивный кашель обусловлен не только прямым воздействием пищеводно-желудочного рефлюксанта на слизистую гортани, но и вагусным раздражением, возникающим на фоне бронхоспазма [13, 17].

Совершенствование методов диагностики и понимание патогенеза внепищеводных оториноларингологических проявлений позволило в 2002 г. выделить ларингофарингеальный рефлюкс (ЛФР) как отдельную нозологическую единицу [18], отличную от гастроэзофагеального рефлюкса. В основе заболевания лежат дисфункция моторики пищевода и недостаточность верхнего пищеводного сфинктера [19], а также снижение тонуса мышц глотки [12]; существует мнение о роли ослабления гортанного кашлевого рефлекса в формировании заболевания [13, 17].

В отличие от классической ГЭРБ симптомы ЛФР усиливаются в вертикальном положении, выраженность симптомов не коррелирует с повышенным индексом массы тела [10]; более того, пациенты с ЛФР не всегда отмечают изжогу – основной симптом гастроэзофагеального рефлюкса (табл. 1) [20].

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) является самым распространенным методом диагностики главного клинико-эндоскопического проявления ГЭРБ – рефлюкс-эзофагита [21], выявляемого в 13–16% случаев [3], недостаточности кардии, ГПОД, а также позволяет заподозрить серьезные осложнения – пищевод Барретта или аденокарциному пищевода; в таком случае этот метод должен дополняться биопсией слизистой оболочки пищевода [2]. Помимо традиционной ЭГДС целесообразно проведение рентгенографии пищевода с барием в горизонтальном положении

Таблица 2. Шкала ИСР (по J. Koufman и соавт., 2001)
Table 2. RSI (by J. Koufman et al., 2001)

Название симптома	Оценка симптома ЛФР в баллах					
	0	1	2	3	4	5
Дисфония, голосовая утомляемость						
Першение и желание полоскать горло						
Обильное количество слизи в горле						
Затруднение при глотании еды, жидкости, таблеток						
Кашель после принятия пищи или в положении лежа						
Затруднение дыхания, удушье						
Постоянный мучительный кашель						
Ощущение «комка» в горле						
Изжога, отрыжка кислым, боль за грудиной						

Таблица 3. ШРП (по P. Belafsky и соавт., 2001)
Table 3. RFS (by P. Belafsky et al., 2001)

Название симптома	Оценка симптома ЛФР в баллах
Отек подскладкового пространства	0 – нет; 2 – есть
Облитерация желудочков гортани	0 – нет; 2 – частичная; 4 – полная
Эритема/гиперемия слизистой оболочки гортани	0 – нет; 2 – только межчерпаловидное пространство; 4 – диффузная
Гиперемия/отек голосовых складок	0 – нет; 1 – легкий; 2 – умеренный; 3 – тяжелый; 4 – полиповидный
Диффузный отек гортани	0 – нет; 1 – легкий; 2 – умеренный; 3 – тяжелый; 4 – обструктивный
Гипертрофия межчерпаловидной складки	0 – нет; 1 – легкая; 2 – умеренная; 3 – тяжелая; 4 – обструктивная
Наличие гранулем	0 – нет; 2 – есть
Утолщение эндоларингеальной слизистой	0 – нет; 2 – есть

нии и в положении Тренделенбурга, позволяющей оценить моторно-эвакуаторную функцию пищевода и желудка, более точно определить рефлюксные эпизоды, выявить и оценить ГПОД [2, 5, 10].

Описанные выше рутинные методы исследования, широко применяемые в гастроэнтерологической практике, имеют высокую диагностическую ценность в отношении ГЭРБ, но не в отношении ЛФР.

Эпителий гортани крайне чувствителен к агрессивному действию желудочных ферментов и соляной кислоты, в отличие от пищевода, слизистая которого имеет защитные механизмы против агрессивных факторов содержимого желудка и может оставаться неповрежденной во время возникновения эпизодов ночных физиологических рефлюксов [2, 22, 23].

Важнейший механизм защиты слизистой оболочки пищевода и гортани – карбоангидраза – фермент, способствующий образованию бикарбонатов, катализируя процесс гидратации углекислого газа. Бикарбонат, попадая во внеклеточное пространство, нейтрализует рефлюксную соляную кислоту. В слизистой оболочке гортани отмечается более низкое содержание данного фермента, а в 64% случаев – его отсутствие [23, 24], что обуславливает значительно большее время инактивации кислого рефлюксанта в гортани [9] и возможность появления гортанных жалоб без сопутствующего характерного признака ГЭРБ – изжоги [20].

Таким образом, ЛФР является отличным от ГЭРБ состоянием и определяется забросом содержимого желудка за верхний сфинктер пищевода и контактом его с тканями верхних отделов респираторного и дыхательного трактов. Повреждение слизистой оболочки кислым рефлюксантом, дисфункция реснитчатого респираторного эпителия и стаз слизи приводят к появлению основных симптомов ЛФР [20].

С целью систематизации гортанных симптомов и возможности предварительной диагностики ЛФР J. Koufman и соавт. в 2001 г. предложил шкалу Индекса симптомов

рефлюкса – ИСР (reflux symptom index – RSI), имеющую высокую чувствительность (табл. 2) [25].

Субъективная шкала подразумевает оценку каждого из симптомов рефлюкса от 0 до 5 баллов, суммарные 13 баллов трактуются как положительный результат и коррелируют с данными суточного рН-мониторинга [17].

В дополнение к субъективной оценке P. Belafsky и соавт. предложили Шкалу рефлюксных признаков – ШРП (reflux finding score – RFS), позволяющую оценить ларингоскопические изменения у пациентов с ЛФР (табл. 3). Данная шкала обладает высокой чувствительностью, также коррелирует с положительным результатом 24-часовой пищеводной рН-метрии [13, 26] и позволяет оценить эффективность проведенного лечения. Максимальное количество баллов – 26; наличие у пациента 7 и более баллов свидетельствует о наличии ЛФР с вероятностью до 95% [13, 26].

В 2004 г. R. Williams и соавт. была предложена шкала оценки степени тяжести хронического ларингита как внепищеводного проявления ГЭРБ [17]:

- 0-я степень – отсутствие признаков воспаления;
- I степень (легкая) – гиперемия и/или отек в области черпаловидных хрящей и межчерпаловидного пространства;
- II степень (средней тяжести) – распространение гиперемии и/или отека за пределы области черпаловидных хрящей и межчерпаловидного пространства на голосовые складки;
- III степень (тяжелая) – наличие изъязвлений в области черпаловидных хрящей и межчерпаловидного пространства или распространение воспалительного процесса в подголосовой отдел гортани.

Бесспорно, мониторинг рН пищевода является «золотым стандартом» диагностики ГЭРБ, но считается менее чувствительным к ЛФР [20]; 24-часовая двойная внутрипищеводная рН-метрия, подразумевающая установку проксимального датчика на 5 см выше верхнего пищеводного сфинктера или непосредственно в глотке [15] и дистально-

го в области нижнего пищеводного сфинктера, имеет диагностическую ценность порядка 40% и также является слабым индикатором тяжести симптомов ЛФР [23], что, по мнению некоторых авторов, определяется непостоянным характером заболевания [13] и отсутствием четких диагностических критериев его постановки [23]. К тому же этот метод исследования связан с существенными техническими трудностями и не может применяться широко. По мнению В.Э. Кокориной, выполнение двойной 24-часовой рН-метрии показано лишь в сомнительных случаях, а основным скрининговым методом являются оценка субъективных жалоб пациента согласно предложенным клиническим опросникам и регистрация рефлюкс-ассоциированных изменений в гортани [15].

На сегодняшний день не существует метода диагностики ЛФР, обладающего должной чувствительностью и специфичностью. В качестве альтернативного диагностического метода возможно применение эмпирического лечения с ингибиторами протонной помпы (ИПП), в котором благоприятный ответ определяется как диагностическое подтверждение. Положительный ответ на ИПП, связанный с улучшением клинко-функционального состояния гортани и регрессом жалоб пациента, может косвенно подтвердить диагноз [23, 27].

Таким образом, диагностика данного состояния значительно затруднена, что объясняется полиморфностью жалоб, отсутствием специфических поражений гортани и четких диагностических критериев для постановки диагноза, и должна включать как оториноларингологические, так и гастроэнтерологические методы исследования [10, 23, 20, 28].

ГЭРБ-ассоциированные поражения гортани связаны с агрессивным действием желудочного содержимого на слизистую оболочку гортани, чаще всего – в области межчерпаловидного пространства и задней трети голосовых складок. Длительная экспозиция и ацидопептическая активность содержимого желудка быстро приводят к поражению слизистой оболочки гортани. Наиболее характерной находкой у пациентов с рефлюкс-индуцированной патологией гортани является «задний ларингит», или пахидермия гортани; данное состояние определяется как отечность, пастозность, гиперемия слизистой оболочки межчерпаловидной складки [29]. Термин «пахидермия гортани» впервые был употреблен в конце XIX в. Р. Вирховым, который трактовал найденные в ходе аутопсии изменения слизистой оболочки гортани в области черпаловидных хрящей и между ними как «веррукозную» пахидермию. Отечественный фониатр Ф.Ф. Заседателей называл пахидермию гортани «роковой болезнью» для певцов, утверждая, что изменения слизистой оболочки межчерпаловидной области влекут в дальнейшем изменения в мышечном аппарате гортани, что негативно скажется на голосовой функции [28].

Патогенез пахидермии гортани до конца не изучен и представляется многофакторным: в качестве этиологических факторов рассматривают курение, злоупотребление алкоголем, вирусные или бактериальные инфекции, хронический синусит [28]. Однако, несмотря на несовершенство методов диагностики рефлюксных эпизодов в гортани, «рефлюксная» теория на данный момент считается наиболее признанной, а пахидермия гортани рассматривается как крайняя степень гортанных проявлений ГЭРБ и расценивается как предраковое заболевание [28]. Назначение комплексной антирефлюксной терапии для коррекции основных проявлений ГЭРБ улучшает клиническое состояние гортани приблизительно в 60% случаев [28, 29], а в 17% случаев ведет к полному регрессу жалоб [29]. В исследовании, проведенном О. Reichel и соавт. (2008 г.), в котором обследованы 62 пациента с ЛФР, имевших по ШРП более 7 баллов, а по ИСР – более 13 баллов, было показано

значительное улучшение по обоим методам оценки при приеме 20 мг эзомепразола 2 раза в сутки на протяжении 12 нед по сравнению с плацебо [30]. Отсутствие или недостаточность эффекта от консервативной терапии ГЭРБ со стороны гортани предположительно объясняется потерей способности пахидермии к обратному развитию в определенный период времени. Нередко патологический процесс в межчерпаловидной области остается незамеченным, потому что основное внимание при ларингоскопии в основном уделяется состоянию голосовых складок, которые не вовлекаются в патологический процесс, что может привести к ошибочной постановке диагноза [28].

Частой ларингоскопической находкой у пациентов с ГЭРБ являются контактные гранулемы и полипы гортани, возникающие вследствие хронического раздражения тканей гортани. Контактная гранулема представляет собой одностороннее или двустороннее разрастание воспалительной грануляционной ткани, чаще всего в области задней трети голосовых складок, возникающее в результате воспаления слизистой оболочки гортани и надхрящницы в области черпаловидного хряща на фоне ЛФР, хронического кашля, микротравмы голосовых складок или индивидуальных психосоматических особенностей [10, 31]. Гранулемы чаще наблюдаются у мужчин, особенно в возрасте 40–50 лет; отмечена склонность к частому рецидивированию после хирургического вмешательства – до 92% [31]. К наиболее часто предъявляемым жалобам относятся ощущение «комка» в горле, стойкая дисфония, голосовая утомляемость и периодический кашель [10].

Антирефлюксная терапия в сочетании с ингаляционными противовоспалительными препаратами и фонопедией является главным консервативным методом лечения истинных гранулем гортани; хирургическое лечение показано лишь в случаях стенозирования просвета гортани вследствие больших размеров гранулемы, а также при необходимости исключения злокачественного процесса [31].

Полип гортани представляет собой гладкое округлое образование, односторонней локализации, являющееся результатом травмы собственной пластинки истинных голосовых складок. К этиологическим факторам относят повышенную голосовую нагрузку, постоянное вдыхание раздражающих веществ, а также рефлюкс-ларингит. Стойкая дисфония, ассоциируемая с полипами голосовых складок, составляет от 30 до 70% всех причин нарушения голоса [31] и является главной жалобой пациентов [10]. Основным методом лечения является хирургический.

По данным Е.А. Юренко, ЛФР диагностируется приблизительно в 48,5% случаев у пациентов с гранулемами и у 33,6% больных с полипами гортани, причем у больных с полипами гортани чаще всего отмечается кислый рефлюкс средней степени тяжести, а у пациентов с гранулемами гортани – выраженный кислый рефлюкс [10]. Комплексная терапия ГЭРБ, включающая ИПП, прокинетики и антацидные препараты, повышает эффективность хирургического лечения и снижает число рецидивов на 41,1% у больных с гранулемами и на 14,2% – с полипами гортани [10].

Рецидивирующий респираторный папилломатоз – редкое заболевание верхних дыхательных путей, вызванное вирусом папилломы человека (ВПЧ) 6 и 11-го типа. Папиллома гортани является доброкачественной опухолью, развивающейся из плоского или переходного эпителия, однако по клиническому течению близка к злокачественному процессу и считается облигатным предраком. Пролиферативная природа заболевания обуславливает частые рецидивы, а многократные хирургические вмешательства, направленные на предотвращение дальнейшего поражения верхних дыхательных путей и улучшение голосовой функции с максимально возможным сохранением здоровых тканей, зачастую имеют лишь временный эффект: в течение жизни пациентам требуется от 20 до 40 операций [32].

Папилломатоз наиболее часто поражает гортань, со временем распространяется на трахею и бронхи и может дебастировать в любом возрасте, чаще в детском; заболевание относится к потенциально смертельным заболеваниям из-за возможности дыхательной обструкции, а также риска малигнизации папиллом [32, 33]. Стоит отметить, что папилломатоз взрослых наиболее склонен к малигнизации, а при ювенильной форме отмечается высокая частота рецидивов и распространенных форм заболевания. Клинические проявления заболевания включают в себя постепенно усиливающуюся охриплость вплоть до афонии, одышку, хронический кашель, а также рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей [32]. Вирусная этиология заболевания подтверждена в 1980 г., когда был выделен ДНК ВПЧ из фрагментов гортанных папиллом, и не подвергается сомнению, однако ГЭРБ рассматривается как фактор, обуславливающий тяжесть течения заболевания и частоту рецидивирования. По данным наблюдений, применение антирефлюксной терапии в послеоперационном периоде обеспечивает более длительную ремиссию, значительно повышая качество жизни [32, 33].

Таким образом, в литературе отмечены определенная роль ГЭРБ в формировании контактных гранул гортани [9, 10, 34, 35], влияние на развитие полипов гортани [10, 36] и течение папилломатоза гортани; необходимость антирефлюксной медикаментозной терапии и коррекции диеты в пред- и послеоперационном периодах для снижения частоты осложнений, достижения более стойкой ремиссии и профилактики рецидивов [33]. Наиболее характерным рефлюкс-ассоциированным поражением гортани считается пахидермия межчерпаловидной складки – дискератоз, который расценивается как предраковый процесс [28, 37, 38].

Широкая распространенность заболевания, серьезные осложнения и наличие ГЭРБ-ассоциированных изменений в гортани и глотке обуславливают высокую частоту обращений пациентов к гастроэнтерологам, оториноларингологам, пульмонологам, педиатрам и психиатрам [22], а также существенно снижают качество жизни больного и представляют собой финансовое бремя для системы здравоохранения.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Литература/References

1. Циммерман Я.С., Вологжанина Л.Г. Гастроэзофагеальная болезнь: современное состояние проблемы и перспективы. *Клин. медицина*. 2016; 7: 485–96. [Tsimmerman Ya.S., Vologzhanina L.G. Gastroesophageal disease: modern state of the problem and perspectives. *Klin. meditsina*. 2016; 7: 485–96 (in Russian).]
2. Шептулин А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. *Consilium Medicum*. 2000; 3 (7): 32–7. [Sheptulin A.A. Gastroesophageal reflux disease. *Consilium Medicum*. 2000; 3 (7): 32–7 (in Russian).]
3. Трухан Д.И., Гришевичкина И.А. Актуальные вопросы антирефлюксной терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. *Мед. совет*. 2017; 5: 28–35. [Trukhan D.I., Grishchikina I.A. Actual issues of antireflux therapy of gastroesophageal reflux disease. *Med. sovet*. 2017; 5: 28–35 (in Russian).]
4. Ливзан М.А., Лаптева И.В., Кролевец Т.С., Киселев И.Е. Особенности течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, ассоциированной с ожирением и избыточной массой тела. *Терапевтический архив*. 2016; 88 (2): 21–7. [Livzan M.A., Lapteva I.V., Krolevets T.S., Kiselev I.E. Features of the course of gastroesophageal reflux disease associated with obesity and excess body mass. *Terapevticheskiy arkhiv*. 2016; 88 (2): 21–7 (in Russian).]
5. Зябрева И.А., Джулай Т.Е. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Спорные, нерешенные и перспективные аспекты проблемы (обзор литературы). *Верхневолжский мед. журн*. 2015; 14 (Вып. 4): 24–8. [Ziabreva I.A., Dzhalai T.E. Gynchys pishchevodnogo otverstia diafragmy. Spornye, nereshennyye i perspektivnyye aspekty problemy (obzor literatury). *Verkhnevolzhskiy med. zhurn*. 2015; 14 (Vyp. 4): 24–8 (in Russian).]

6. Heiko PH, Welch G. The Role of Overdiagnosis and Reclassification in the Marked Increase of Esophageal Adenocarcinoma Incidence. *J Natl Cancer Inst* 2005; 97 (2): 142–6.
7. Loffeld RJ, van der Putten AB. Rising Incidence of Reflux Oesophagitis in Patients Undergoing Upper Gastrointestinal Endoscopy. *Digestion* 2003; 68 (2–3): 141–4.
8. Van Soest EM, Dieleman JP, Siersema PD et al. Increasing incidence of Barrett's oesophagus in the general population. *Gut* 2005; 54 (8): 1062–6.
9. Солдатский Ю.Л. Отоларингологические проявления ГЭРБ. *Болезни органов пищеварения*. 2007; 1 (2): 42–7. [Soldatskiy Yu.L. Otolaringologicheskie proiavleniya GERB. *Bolezni organov pishchavarenia*. 2007; 1 (2): 42–7 (in Russian).]
10. Юренко Е.А. Оптимизация лечения пациентов с полипами и гранулемами гортани на фоне ларингофарингеального рефлюкса. Дис. ... канд. мед. наук. Киев, 2016. [Iurenko E.A. Optimizatsiya lecheniya patsientov s polipami i granulemami gortani na fone laringofaringeal'nogo refluksa. Dis. ... kand. med. nauk. Kiev, 2016 (in Russian).]
11. Жилина А.А., Ларева Н.В., Лузина Е.В. и др. Клинический случай ГЭРБ с внепищеводными проявлениями. *Сборник научных трудов. VII съезд терапевтов Забайкальского края*, 21–22 марта 2019 г. Чита; с. 15–7. [Zhilina A.A., Lareva N.V., Luzina E.V. et al. Klinicheskii sluchai GERB s vnepishchevodnimi proiavleniyami. *Sbornik nauchnykh trudov. VII s'ezd terapevtov Zabaikal'skogo kraia*, 21–22 marta 2019 g. Chita; s. 15–7 (in Russian).]
12. Темникова И.В. Клинико-функциональные взаимосвязи поражения верхних отделов желудочно-кишечного и респираторного трактов при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Дис. ... канд. мед. наук. Иркутск, 2016. [Temnikova I.V. Kliniko-funktsional'nye vzaimosvyazi porazheniya verkhnikh otdelov zheludochno-kishechnogo i respiratornogo traktov pri gastroezofageal'noi refluksnoi bolezni. Dis. ... kand. med. nauk. Irkutsk, 2016 (in Russian).]
13. Плотникова Е.Ю., Краснова М.В., Краснов К.А., Баранова Е.Н. Ларингофарингеальный рефлюкс в гастроэнтерологической практике. *Лечащий врач*. 2014; 2. [Plotnikova E.Yu., Krasnova M.V., Krasnov K.A., Baranova E.N. Laringofaringeal'nyi refluks v gastroenterologicheskoy praktike. *Lechashchii vrach*. 2014; 2 (in Russian).]
14. Кокорина В.Э. Патология полости носа и околоносовых пазух, ассоциированная с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. *Рос. оториноларингология*. 2010; 5 (48): 20–4. [Kokorina V.E. Patologiya polosti nosa i okolonosovykh pazukh, assotsiirovannaya s gastroezofageal'noi refluksnoi bolezniyu. *Ros. otorinolaringologiya*. 2010; 5 (48): 20–4 (in Russian).]
15. Кокорина В.Э. Диагностика и лечение заболеваний ЛОР-органов, обусловленных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Хабаровск, 2010. [Kokorina V.E. Diagnostika i lechenie zabolevaniy LOR-organov, obuslovlennykh gastroezofageal'noi refluksnoi bolezniyu. Avto-ref. dis. ... d-ra med. nauk. Khabarovsk, 2010 (in Russian).]
16. Richter JE. Ear, nose and throat and respiratory manifestations of gastro-esophageal reflux disease: an increasing conundrum. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2004; 16 (9): 837–45.
17. Плотникова Е.Ю. «Маски» гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. *Ларингофарингеальный рефлюкс. IDoctor* 2014; 6 (25): 28–31. [Plotnikova E.Yu. "Maski" gastroezofageal'noi refluksnoi bolezni. *Laringofaringeal'nyi refluks. IDoctor* 2014; 6 (25): 28–31 (in Russian).]
18. Koufman JA, Aviv JE, Casiano RR. Laryngopharyngeal reflux; position statement of the committee on speech, voice, and swallowing disorders of the American academy of otolaryngology-head and neck surgery. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 127 (1): 32–5.
19. Кизим В.В., Юренко Е.А. Ларингофарингеальный рефлюкс: клиника и диагностика. *Журн. ушных, носовых и горловых хвороб*. 2014; 1: 63–9. [Kizim V.V., Iurenko E.A. Laringofaringeal'nyi refluks: klinika i diagnostika. *Zhurn. vushnikh, nosovikh i gorlovikh khvorob*. 2014; 1: 63–9 (in Russian).]
20. Fraser-Kirk K. Laryngopharyngeal reflux: A confounding cause of aerodigestive dysfunction. *Aust Fam Physician* 2017; 46 (1): 34–9.
21. Маев И.В., Казюлин А.Н., Юренев Г.Л. и др. Маски гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. *Итоги 20 лет наблюдений. Фарматека*. 2018; 13 (366): 30–43. [Maev I.V., Kaziulin A.N., Iurenov G.L. et al. Maski gastroezofageal'noi refluksnoi bolezni. *Itogi 20 let nabludeni. Farmateka*. 2018; 13 (366): 30–43 (in Russian).]
22. Salihfendic N, Zildic M, Cabric E. Laryngopharyngeal Reflux Disease – LPRD. *Med Arch* 2017; 71 (3): 215–8.
23. Campagnolo AM, Priston J, Thoen RH. Laryngopharyngeal Reflux: Diagnosis, Treatment, and Latest Research. *Int Arch Otorhinolaryngol* 2014; 18 (2): 184–91.
24. Johnston N, Bulmer D, Gill GA. Cell biology of laryngeal epithelial defenses in health and disease: further studies. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2003; 112 (6): 481–91.
25. Косяков С.Я., Лоранская И.Д., Анготоева И.Б., Мулдашева А.А. Ларингофарингеальный рефлюкс: вчера, сегодня завтра. *Мед. совет*. 2016; 6: 78–80. [Kosiakov S.Ya., Loranskaia I.D., Angotoeva I.B., Muldashva A.A. Laringofaringeal'nyi refluks: vchera, segodnia zavtra. *Med. sovet*. 2016; 6: 78–80 (in Russian).]
26. Belafsky P.C., Postma G.N., Koufman JA. The Validity and Reliability of the Reflux Finding Score. *Laryngoscope* 2001; 111 (8): 1313–7.

27. Ткач С.М. Эффективность ингибиторов протонной помпы у больных с ларингофарингеальным рефлюксом. Сучасна гастроентерологія. 2011; 1 (57): 84–92.
[Tkach S.M. Effektivnost' ingibitorov protonnoi pompy u bol'nykh s laringofaringeal'nym reflukksom. Suchasna gastroenterologiya. 2011; 1 (57): 84–92 (in Russian).]
28. Ханамиров А.А. Алгоритм диагностики и лечения пахидермии межчелювидной области гортани. Дис ... канд. мед. наук. М., 2017.
[Khanamirov A.A. Algoritim diagnostiki i lecheniia pakhidermii mezhcherpalovidnoi oblasti gortani. Dis ... kand. med. nauk. Moscow, 2017 (in Russian).]
29. Pendleton H, Ahlner-Elmqvist M, Olsson R. Posterior laryngitis: a disease with different aetiologies affecting health-related quality of life: a prospective case-control study. BMC Ear Nose Throat Disord 2013; 13: 11.
30. Reichel O, Dressel H, Wiederanders K et al. Double blind, placebo controlled trial with esomeprazole for symptoms and signs associated with laryngopharyngeal reflux. Otolaryngol Head Neck Surg 2008; 139: 414–20.
31. Ракунова Е.Б. Современные возможности лечения пациентов с доброкачественными и опухолеподобными заболеваниями гортани. Вестн. оториноларингологии. 2017; 1: 68–72.
[Rakunova E.B. Sovremennye vozmozhnosti lecheniia patsientov s dobrokachestvennymi i opukholepodobnymi zabolevaniyami gortani. Vestn. otorinolaringologii. 2017; 1: 68–72 (in Russian).]
32. Borkowski G, Sommer P, Stark T et al. Recurrent respiratory papillomatosis associated with gastroesophageal reflux disease in children. Eur Arch Otorhinolaryngol 1999; 256: 370–2.
33. Кучерова Р.Л. Роль фаринголарингеального рефлюкса в течении рецидивирующего реципиаторного папилломатоза. Рос. оториноларингология 2011; 1 (50): 101–4.
[Kucherova R.L. Rol' faringolaringeal'nogo refluksa v techenii retsidiviruiushchego respiratornogo papillomatoza. Ros. otorinolaringologiya 2011; 1 (50): 101–4 (in Russian).]
34. Кизим В.В., Юренко Е.А., Кизим Я.В. Комплексная терапия больных с гранулемами гортани на фоне ларингофарингеального рефлюкса. Матеріали наукової конференції «Сучасні методи діагностики та лікування хронічних захворювань ЛОР-органів у дорослих та дітей» (Севастополь, 20–21 травня, 2013 р.). Журналу вушних, носових і горлових хвороб (Спецвип.). 2013; 3: 114–5.
[Kizim V.V., Iurenko E.A., Kizim Ya.V. Kompleksnaia terapiia bol'nykh s granulemami gortani na fone laringofaringeal'nogo refluksa. Materiali naukovoi konferentsii "Suchasni metodi diagnostiki ta likuvannia khronichnikh zakhvoriuvan LOR-organiv u doroslikh ta ditei" (Sevastopol, 20–21 travnia, 2013 r.). Zhurnalu vushnikh, nosovikh i gorlovikh khvorob (Spetsvip.). 2013; 3: 114–5 (in Russian).]
35. Василенко Ю.С., Киттель Г. Контактная гранулема гортани. Вестн. оториноларингологии. 2006; 3: 13–5.
[Vasilenko Yu.S., Kittel' G. Kontaktnaia granulema gortani. Vestn. otorinolaringologii. 2006; 3: 13–5 (in Russian).]
36. Кизим В.В., Юренко Е.А. Ларингофарингеальный рефлюкс и полипы гортани. Вісник невідкладної і відновної медицини. 2014; 15 (1): 384–90.
[Kizim V.V., Iurenko E.A. Laringofaringeal'nyi refluks i polipy gortani. Visnik nevidkladnoi i vidnovnoi meditsini. 2014; 15 (1): 384–90 (in Russian).]
37. Крюков А.И., Кунельская Л.Н., Романенко С.Г. и др. Терапия воспалительных заболеваний гортани. Мед. совет. 2013; 2: 38–41.
[Kriukov A.I., Kunel'skaia L.N., Romanenko S.G. et al. Terapiia vospalitel'nykh zabolevanii gortani. Med. sovet. 2013; 2: 38–41 (in Russian).]
38. Wierzbicka M, Pastusiak T, Kaczmarek J et al. The problems and question marks in precancerous lesions of the larynx. Otolaryngol Pol 2007; 61 (1): 47–51.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Старостина Светлана Викторовна – д-р мед. наук, проф. каф. болезней уха, горла и носа Института клинической медицины ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: starostina_sv@inbox.ru; ORCID: <https://0000-0002-7165-1308>

Махов Валерий Михайлович – д-р мед. наук, проф. каф. факультетской терапии №1 Института клинической медицины ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). ORCID: <https://0000-0002-0197-8145>

Большаков Александр Васильевич – аспирант каф. болезней уха, горла и носа Института клинической медицины ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: bolshakov.ent@yandex.ru; ORCID: <https://0000-0001-7966-718X>

Svetlana V. Starostina – D. Sci. (Med.), Prof., Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: starostina_sv@inbox.ru; ORCID: <https://0000-0002-7165-1308>

Valery M. Makhov – D. Sci. (Med.), Prof., Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). ORCID: <https://0000-0002-0197-8145>

Alexander V. Bolshakov – Graduate Student, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: bolshakov.ent@yandex.ru; ORCID: <https://0000-0001-7966-718X>

Статья поступила в редакцию / The article received: 18.09.2019

Статья принята к печати / The article approved for publication: 13.11.2019