

Лечение патологии гортани, ассоциированной с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

© А.И. КРЮКОВ^{1,2}, С.Г. РОМАНЕНКО¹, Н.А. ПРОНИНА^{1,3}, О.Г. ПАВЛИХИН¹, Л.А. ЯРОВАЯ³

¹ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия;

²ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

³ФГБУ «Поликлиника №2» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

Цель исследования. Повысить эффективность лечения патологии гортани, ассоциированной с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), определить показания к назначению противовоспалительной терапии этим пациентам.

Материал и методы. Проведено обследование и лечение 120 пациентов, из них 58 мужчин и 62 женщин, в возрасте от 30 до 82 лет с ГЭРБ-ассоциированной патологией гортани. Сформированы три группы пациентов, сопоставимые по возрасту и полу, в соответствии с типом пахидермии межчерпаловидной области; 1-й тип (40 больных) — пахидермия не выходит за пределы середины черпаловидного хряща (по Г.Ф. Иванченко), менее 3 мм, без признаков перифокального воспаления; 2-й тип (40 больных) — пахидермия больших размеров, выходящая за пределы середины черпаловидного хряща с распространением на всю межчерпаловидную область (по Г.Ф. Иванченко), часто в сочетании с гиперкератозом или дисплазией эпителия; 3-й тип (30 больных) — пахидермия больших размеров в сочетании с выраженным перифокальным воспалением. Все пациенты получали антирефлюксную терапию. Каждая группа разделена на две подгруппы: пациенты, которые не получали противовоспалительную терапию, и пациенты, получавшие противовоспалительную терапию, основу которой составили ингаляции дегазированной щелочной минеральной водой, а также по показаниям ацетицистеин, бензилидиметиламмония хлорид 0,01% или гидроксиметилхиноксалиндиоксид, при выраженном отеке слизистой оболочки — будесонид. Все пациенты заполняли опросник «Шкала рефлюксных симптомов» до и после лечения.

Результаты. У пациентов 2-й группы (при пахидермии 2-го типа) эффективность противовоспалительной терапии составила 75%. Из 20 пациентов этой группы после ингаляционной терапии у 4 пациентов пахидермия межчерпаловидной области исчезла, у 11 пациентов визуализировался 1-й тип пахидермии, у 5 (25%) пациентов выраженная динамика не отмечена. У пациентов 3-й группы (с пахидермией 3-го типа) эффективность ингаляционного лечения составила 100%, из 15 пациентов после ингаляционной терапии 2-й тип пахидермии диагностирован у 8 пациентов, 1-й тип пахидермии — у 7 пациентов. У 4 пациентов комплексная терапия привела к полному исчезновению рефлюкс-ассоциированных гранул гортани без хирургического лечения. Эффективность ингаляционной терапии в отношении жалоб пациентов через месяц составила 87%, тогда как эффективность лечения пациентов без ингаляций — 45%.

Выводы. Показаниями к назначению ингаляционной противовоспалительной терапии у пациентов с рефлюкс-ассоциированной патологией гортани являются наличие жалоб на охриплость, сухость, першение, ком в горле и хронический кашель, эндоларингоскопические признаки обострения хронического воспаления слизистой оболочки задних отделов гортани.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ГЭРБ-ассоциированная патология гортани, пахидермия межчерпаловидной области, ингаляционная противовоспалительная терапия.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Крюков А.И. — <https://orcid.org/0000-0003-0262-248X>

Романенко С.Г. — <https://orcid.org/0000-0002-8202-5505>

Пронина Н.А. — <https://orcid.org/0000-0003-0247-8916>

Павлихин О.Г. — <https://orcid.org/0000-0003-3876-093X>

Яровая Л.А. — <https://orcid.org/0000-0002-3771-132X>

Автор, ответственный за переписку: Пронина Н.А. — e-mail: yellowlion@bk.ru

КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Крюков А.И., Романенко С.Г., Пронина Н.А., Павлихин О.Г., Яровая Л.А. Лечение патологии гортани, ассоциированной с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. *Вестник оториноларингологии*. 2022;87(6):19–25. <https://doi.org/10.17116/otorino20228706119>

Treatment of laryngeal pathology associated with gastroesophageal reflux disease

© A.I. KRYUKOV^{1,2}, S.G. ROMANENKO¹, N.A. PRONINA^{1,3}, O.G. PAVLIKHIN¹, L.A. YAROVAYA³

¹Sverzhovsky Research Clinical Institute of Otorhinolaryngology, Moscow, Russia;

²Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia;

³Polyclinic No. 2 of Administrative Directorate of the President of the Russian Federation, Moscow, Russia

ABSTRACT

Objective. To increase the effectiveness of the treatment of laryngeal pathology associated with gastroesophageal reflux disease (GERD), to determine the indications for the appointment of anti-inflammatory therapy to these patients.

Material and methods. 120 patients were examined and treated, 58 of them men and 62 women, aged 30 to 82 years with GERD-associated laryngeal pathology. Three groups of patients were formed, comparable in age and gender, in accordance with the type of pachydermia in interarytenoid region; type 1 (40 patients) — pachydermia did not go beyond the middle of the interarytenoid cartilage (according to G.F. Ivanchenko), less than 3 mm, without signs of perifocal inflammation; type 2 (40 patients) — pachydermia of large size, extending beyond the middle of the interarytenoid cartilage with a spread to the entire interarytenoid region (according to G.F. Ivanchenko), often in combination with hyperkeratosis or epithelial dysplasia; type 3 (30 patients) — pachydermia of large size in combination with severe perifocal inflammation. All patients received antireflux therapy. Each group is divided into two subgroups: patients who did not receive anti-inflammatory therapy, and patients who received anti-inflammatory therapy, the basis of which was inhalation with degassed alkaline mineral water, as well as according to indications acetylcysteine, benzyldimethylammonium chloride 0.01% or hydroxymethylquinolindioxide, with severe swelling of the mucous membrane — budesonide. All patients completed the questionnaire "Reflux Symptoms Scale" before and after treatment.

Results. In group 2 patients (with type 2 pachydermia), the effectiveness of anti-inflammatory therapy was 75%. Of the 20 patients in this group, after inhaled therapy, 4 patients had pachydermia in interarytenoid region disappeared, 11 patients had type 1 pachydermia visualized, 5 (25%) patients had no pronounced dynamics. In group 3 patients (with type 3 pachydermia), the effectiveness of inhaled treatment was 100%, out of 15 patients after inhaled therapy, type 2 pachydermia was diagnosed in 8 patients, type 1 pachydermia — in 7 patients. In 4 patients, complex therapy led to the complete disappearance of reflux-associated laryngeal granulomas without surgical treatment. The effectiveness of inhaled therapy in relation to patient complaints after a month was 87%, while the effectiveness of treatment of patients without inhalation was 45%.

Conclusions. Indications for the appointment of inhaled anti-inflammatory therapy in patients with reflux-associated pathology of the larynx are the presence of complaints of hoarseness, dryness, tickling, lump in the throat and chronic cough, endolaryngoscopic signs of exacerbation of chronic inflammation of the mucous membrane of the posterior larynx.

Keywords: gastroesophageal reflux disease, GERD-associated laryngeal pathology, pachydermia in interarytenoid region, inhaled anti-inflammatory therapy.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Kryukov A.I. — <https://orcid.org/0000-0003-0262-248X>

Romanenko S.G. — <https://orcid.org/0000-0002-8202-5505>

Pronina N.A. — <https://orcid.org/0000-0003-0247-8916>

Pavlikhin O.G. — <https://orcid.org/0000-0003-3876-093X>

Yarovaya L.A. — <https://orcid.org/0000-0002-3771-132X>

Corresponding author: Pronina N.A. — e-mail: yellowlion@bk.ru

TO CITE THIS ARTICLE:

Kryukov AI, Romanenko SG, Pronina NA, Pavlikhin OG, Yarovaya LA. Treatment of laryngeal pathology associated with gastroesophageal reflux disease. *Bulletin of Otorhinolaryngology = Vestnik otorinolaringologii*. 2022;87(6):19–25. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/otorino20228706119>

Введение

Вопрос о способах лечения патологии гортани, ассоциированной с гастроэзофагальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), на сегодняшний день остается предметом дискуссии. Основным принципом лечения пищеводных и внепищеводных проявлений ГЭРБ, в частности ларингофарингеального рефлюкса (ЛФР), считается антирефлюксная терапия, в первую очередь применение ингибиторов протонной помпы (ИПП) [1–5]. При этом нет единого мнения по поводу длительности терапии ИПП, а также не доказана ее эффективность в отношении патологии гортани, ассоциированной с ЛФР. Данные литературы по этому поводу противоречивы. N. Spantideas и соавт. провели метаанализ публикаций с 1984 по 2018 г., найденных в базах PubMed, Cochrane Library и EMBASE; проанализированы 9 исследований. В 6 исследованиях, опубликованных до 2016 г. включительно, показана неэффективность терапии ИПП оториноларингологической патологии, вызванной ЛФР. В 3 исследованиях, опубликованных после 2016 г., напротив, отмечена значительная эффективность такой терапии и авторами рекомендовано применение ИПП для лечения патологии гортани, вызванной ЛФР [6]. A. Bhargava и соавт. в 2016–2017 гг. оценили эффективность лечения ИПП пациентов с ЛФР и рефлюкс-ассоциированной пато-

логией гортани. В ходе исследования 240 пациентов, из них 124 мужчины и 116 женщин (средний возраст 34 года), получали ИПП и должны были соблюдать антирефлюксный режим. Авторы отмечают значительную эффективность такой терапии при назначении ИПП дважды в день в течение 3 мес [7]. С. Wei провел метаанализ 13 рандомизированных плацебо-контролируемых исследований, представленных в MEDLINE, Cochrane Library и EMBASE, с участием 831 пациента. Доказано, что применение ИПП значительно облегчает общие симптомы ГЭРБ у пациентов с ЛФР по сравнению с плацебо. Подобные выводы делают и другие авторы [8, 9]. J.R. Lechien и соавт. считают, что лечение должно быть индивидуальным. При легких формах заболелания достаточно изменения образа жизни. При некислотном или смешанном рефлюксе к терапии ИПП необходимо добавлять альгинаты и магалдрат [10]. С.-L. Куо предлагает использовать соблюдение антирефлюксного режима в сочетании с большими дозами ИПП дважды в день 3–4 мес [11]. И.В. Маев и соавт. настаивают на длительности терапии ИПП в стандартной дозе 2 раза в сутки более 8 нед, хотя полное купирование симптомов ЛФР отмечается через 3–6 мес непрерывного приема ИПП [4]. Многие исследователи подчеркивают, что консервативная терапия ЛФР должна быть более агрессивной и более длительной, чем лечение ГЭРБ с типичным симптомокомплексом.

Это связано с чувствительностью слизистой оболочки гортани к повреждающему действию компонентов рефлюксата, а также с устойчивостью сформировавшихся вагогальных рефлексорных взаимоотношений [4, 12].

Но не все исследователи так оптимистично настроены по поводу эффективности антирефлюксной терапии в лечении рефлюкс-ассоциированной патологии гортани. После проведения метаанализа U. C. Megwalu и другие исследователи пришли к заключению, что эффективность ИПП при лечении ЛФР не доказана [13–15]. А. Mahashug подчеркивает, что, несмотря на то что нет убедительных доказательств эффективности антирефлюксной терапии в отношении симптомов, ассоциированных с ЛФР, пациентам с ГЭРБ, рефлюкс-эзофагитом и хроническим кашлем она показана [16]. И. В. Маев и соавт. предлагают свой алгоритм ведения пациентов при подозрении на патологию, ассоциированную с ЛФР. При показателях шкалы «Индекс рефлюксных симптомов» более 13 и шкалы рефлюксных признаков более 7 требуется назначение пациентам антирефлюксной терапии и антирефлюксного образа жизни сроком на 3 мес [4].

Помимо сложностей в лечении существует также проблема недооценки врачами клинической картины ЛФР. Европейские авторы провели исследование осведомленности врачей по поводу экстраэзофагеальных проявлений ГЭРБ, в частности симптомов и лечения патологии, вызванной ЛФР. В этом международном исследовании участвовали 230 молодых европейских оториноларингологов и 70 врачей общей практики, всем участниками было не более 45 лет. По результатам исследования выяснилось, что врачи общей практики не разделяют ГЭРБ и ЛФР, опираются на типичные симптомы ГЭРБ (изжогу и регургитацию) и результаты гастроскопии для установления диагноза. Европейские оториноларингологи также считают, что у пациентов с ЛФР должен присутствовать типичный симптомокомплекс ГЭРБ. Авторы отмечают неосведомленность представителей обеих специальностей о наличии некислотного и смешанного рефлюкса как причины ЛФР [17]. Такой подход к диагностике и лечению больных с лор-патологией, ассоциированной с ГЭРБ, может приводить к врачебным ошибкам. При этом некоторые пациенты с ЛФР сами отказываются от посещения гастроэнтеролога и приема ИПП, ссылаясь на то, что изжоги и «проблем с желудком» у них нет. В таких случаях с пациентами следует проводить беседу, подробно и понятно объяснять патогенез заболевания и механизм возникновения их жалоб, разъяснять необходимость изменения пищевых привычек и образа жизни, а также длительного приема антирефлюксных препаратов.

Для повышения эффективности лечения острой и хронической воспалительной патологии гортани российские авторы предлагают использовать местную противовоспалительную терапию, в первую очередь ингаляционную [18]. Ингаляции через небулайзер с щелочной минеральной водой у пациентов с рефлюкс-ассоциированной патологией гортани смывают компоненты рефлюксата, устраняют сухость слизистой оболочки, что способствует нормализации функционирования мерцательного эпителия, уменьшают кашлевое раздражение [19].

Таким образом, эффективность противовоспалительной и антирефлюксной терапии у пациентов с ГЭРБ-ассоциированной патологией гортани на сегодняшний день клинически до конца не ясна, тактика лечения неоднозначна.

Цель исследования — повысить эффективность лечения патологии гортани, ассоциированной с ГЭРБ, определить показания к назначению противовоспалительной терапии этой когорте пациентов.

Материал и методы

В оториноларингологическом отделении ФГБУ «Поликлиника №2» УДП РФ и в КДО ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ проведено обследование и лечение 120 пациентов, из них 58 мужчин и 62 женщин, в возрасте от 30 до 82 лет с различной ГЭРБ-ассоциированной патологией гортани. Ларингоскопическими признаками ГЭРБ-ассоциированного ларингита считали пахидермию в виде изменений слизистой оболочки заднего отдела гортани, ее утолщения и складчатости в межчерпаловидной области, наличия фибринозного налета, участков дискератоза и скопления мокроты в этой зоне, а также пастозности и гиперемии слизистой оболочки в зоне черпаловидных хрящей. Кроме этого, диагностировали следующую патологию гортани: гранулема гортани — у 7 пациентов, лейкоплакию голосовых складок — у 2, хронический отечно-полипозный ларингит — у 2 пациентов, доброкачественные образования гортани (кисты и полипы) — у 9 пациентов. Новообразования гортани всегда сочетались с пахидермией межчерпаловидной области. Проведено обследование: анкетирование, оценка по шкале рефлюксных симптомов до и после лечения, осмотр оториноларингологом, оценка видеоэндоларингоскопии по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) до и после лечения.

У 96 пациентов индекс рефлюксных симптомов до лечения был больше 13 (в среднем 20 баллов), кроме 24 пациентов, которые не предъявляли жалоб. Жалобы больных: охриплость — у 35 (36%) пациентов, першение в горле — у 93 (97%) пациентов, хронический кашель и подкашливание — у 79 (82%) пациентов, ощущение кома или инородного тела в горле — у 74 (77%) пациентов, постназальный синдром — у 76 (79%) пациентов, изжога — у 79 (82%) пациентов, затруднение при глотании пищи и/или таблеток — у 43 (45%) пациентов.

В соответствии с выраженностью воспалительного процесса в заднем отделе гортани выделены три типа пахидермии межчерпаловидной области: 1-й тип (40 больных) — пахидермия не выходит за пределы середины черпаловидного хряща (по Г.Ф. Иванченко), менее 3 мм, без признаков перифокального воспаления; 2-й тип (40 больных) — пахидермия больших размеров, выходящая за пределы середины черпаловидного хряща с распространением на всю межчерпаловидную область (по Г.Ф. Иванченко), часто в сочетании с гиперкератозом или дисплазией эпителия [20]; 3-й тип (30 больных) — пахидермия больших размеров в сочетании с выраженным перифокальным воспалением, усилением сосудистого рисунка, отеком окружающей слизистой оболочки, налетами, скоплением слизи, без признаков поражения собственно голосовых складок.

В соответствии с типом пахидермии сформированы три группы пациентов, сопоставимые по возрасту и полу. Пациенты всех трех групп получали лечение по поводу ГЭРБ, назначенное гастроэнтерологом, в том числе ИПП, альгинаты, рекомендации по антирефлюксному режиму, не менее 2 мес. Каждая группа разделена случайным образом на две равные подгруппы: А и В. Пациенты подгруппы А всех

трех групп получали только антирефлюксную терапию. Пациенты подгрупп В всех трех групп помимо антирефлюксной терапии получали противовоспалительную терапию, основу которой составили ингаляции. Длительность курса ингаляций — 10 дней. Пациентам подгруппы В с пахидермией 3-го типа ($n=15$) проводились последовательно 2 раза в день ингаляции следующих препаратов: ацетилцистеин 300 мг/3 мл в течение 10 мин при дыхании через рот, затем, после 20-минутного перерыва, — антибактериальный препарат (0,01% раствор бензилдиметиламмония хлорида) в течение 10 мин [21]. Показанием к назначению было наличие большого количества слизи и фибрина в задних отделах гортани. При выраженной гиперемии и отеке слизистой оболочки задних отделов гортани у пациентов подгруппы В ($n=9$) с пахидермией 3-го типа после 20-минутного перерыва применяли ингаляцию будесонида 0,25 мг/мл 2 раза в день по 10 мин 7—10 дней. Кроме того, пациенты подгруппы В ($n=15$) с пахидермией 3-го типа получали комплексный ферментный препарат, содержащий бромелайн, папаин, трипсин, химотрипсин в комбинации с рутозидом (с противовоспалительным, иммуномодулирующим, противоотечным действием), по 3 таблетки 3 раза в день 2 нед. Пациенты подгруппы В ($n=20$) с пахидермией

2-го типа получали ингаляции с антибактериальным препаратом (0,01% раствор бензилдиметиламмония хлорида) в течение 10 мин 2 раза в день 10 дней. Показаниями были гиперемия и пастозность слизистой оболочки гортани. Ингаляция с дегазированной щелочной минеральной водой «Ессентуки» №4, «Славяновская», «Смирновская» назначали пациентам подгруппы В всех трех групп длительно (до 2 мес) от 2 до 4 раз в день по 5—10 мин.

Пациенты с полипами, кистами гортани и лейкоплакией оперированы. Гранулема гортани удаляли через 2 мес после начала терапии. Результаты лечения оценивали через 2 нед, 4 нед, 2 мес и 6 мес.

Результаты и обсуждение

В результате лечения у больных 2-й и 3-й групп ($n=35$), получавших противовоспалительную терапию, на 14-й день отмечено улучшение ларингоскопической картины: уменьшение пастозности и гиперемии слизистой оболочки гортани, уменьшение количества слизи в задних отделах гортани (рис. 1, 2). У пациентов подгруппы А положительные изменения ларингоскопической картины отмечены не ранее чем

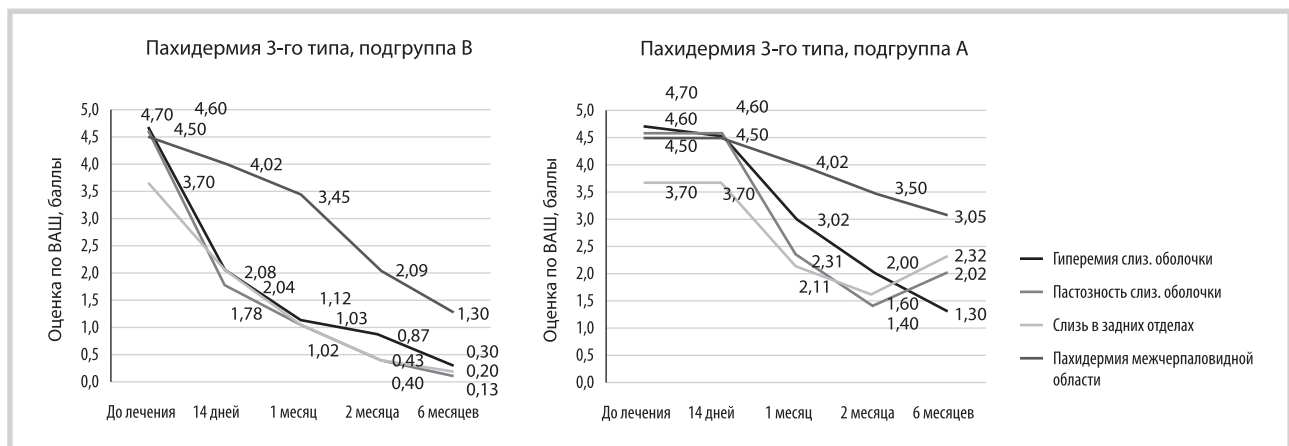


Рис. 1. Динамика ларингоскопической картины у пациентов с пахидермией 3-го типа, оценка по ВАШ в баллах.

Fig. 1. Dynamics of the laryngoscopic picture in patients with type 3 pachyderma, VAS score in points.

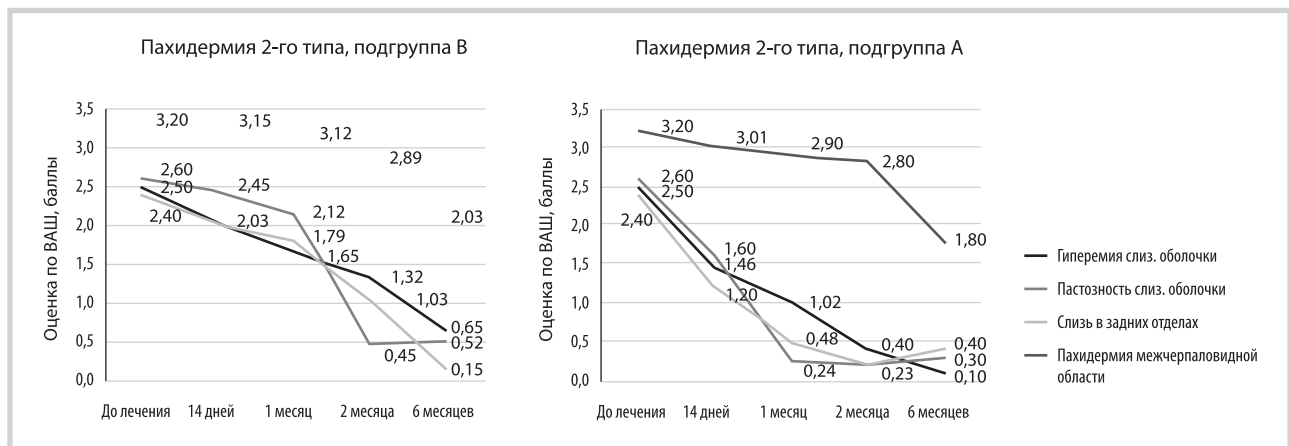


Рис. 2. Динамика ларингоскопической картины у пациентов с пахидермией 2-го типа, оценка по ВАШ в баллах.

Fig. 2. Dynamics of the laryngoscopic picture in patients with type 2 pachyderma, VAS score in points.

через 2 мес от начала приема ИПП. У пациентов с пахидермией 2-го типа эффективность противовоспалительной терапии составила 75% (см. рис. 2). Из 20 пациентов этой группы после ингаляционной терапии у 4 пациентов пахидермия межчерпаловидной области исчезла, у 11 пациентов визуализировался 1-й тип пахидермии, у 5 (25%) пациентов выраженная динамика не отмечена. У пациентов 3-й группы (с пахидермией 3-го типа) эффективность ингаляционного лечения составила 100% (см. рис. 1). После ингаляционной терапии у 8 из 15 пациентов этой группы диагностирован 2-й тип пахидермии, у 7 пациентов — 1-й тип пахидермии. У пациентов 1-й группы (с пахидермией 1-го типа) после противовоспалительного лечения не отмечено выраженной динамики ларингоскопической картины. Эффективность лечения пациентов подгрупп А составила 45% при пахидермии 2-го типа и 49% при пахидермии 3-го типа.

У 4 пациентов с гранулемами гортани комплексная терапия привела к полному исчезновению рефлюкс-ассоциированных новообразований гортани без хирургического лечения. Эти пациенты находятся под наблюдением оториноларинголога, получают антирефлюксную терапию. В одном случае на фоне комплексной терапии произошло исчезновение гранулемы гортани справа, но, несмотря на продолжение приема ИПП, при динамическом наблюдении через 2 мес обнаружена гранулема, появившаяся с противоположной стороны.

Субъективные жалобы (першение, сухость, ком в горле, скопление мокроты, хронический кашель) у всех (100%) пациентов, получавших противовоспалительные ингаляции, уменьшились на 14-й день. Индекс рефлюксных симптомов через 2 нед в среднем составил у этих пациентов 5 баллов. Динамика жалоб после ингаляционного лечения через 2 нед: охриплость — у 7 (12,72%) пациентов, першение

в горле — у 6 (10,90%) пациентов, хронический кашель и подкашливание — у 20 (36,36%) пациентов, ощущение кома или инородного тела в горле — у 13 (23,63%) пациентов, постназальный синдром — у 3 (5,45%) пациентов, изжога — у 5 (9,09%) пациентов, затруднение при глотании пищи и/или таблеток — у 7 (12,72%) пациентов (рис. 3).

Пациенты, которые получали только антирефлюксную терапию, через 2 нед после начала приема отметили уменьшение изжоги (20 человек, 48%), остальные жалобы остались практически без изменений. Улучшение состояния у пациентов этой группы отмечено не ранее чем через 2 мес терапии. Индекс рефлюксных симптомов через 2 мес у этих пациентов составил $7 \pm 1,5$ балла. Динамика жалоб пациентов через 2 нед: охриплость — у 17 (41,46%) пациентов, першение в горле — у 35(%) пациентов, хронический кашель и подкашливание — у 35 (85,36%) пациентов, ощущение кома или инородного тела в горле — у 17 (41,46%) пациентов, постназальный синдром — у 14 (34,14%) пациентов, изжога — у 20 (48,78%) пациентов, затруднение при глотании пищи и/или таблеток — у 10 (24,39%) пациентов. Динамика жалоб через 2 мес: охриплость — у 13 (31,70%) пациентов, першение в горле — у 23 (56,09%) пациентов, хронический кашель и подкашливание — у 19 (46,34%) пациентов, ощущение кома или инородного тела в горле — у 12 (29,26%) пациентов, постназальный синдром — у 12 (29,26%) пациентов, изжога — у 5 (12,19%) пациентов, затруднение при глотании пищи и/или таблеток — у 8 (19,51%) пациентов (рис. 4).

Выводы

Пациентам с рефлюкс-ассоциированной патологией гортани показана антирефлюксная и ингаляционная про-

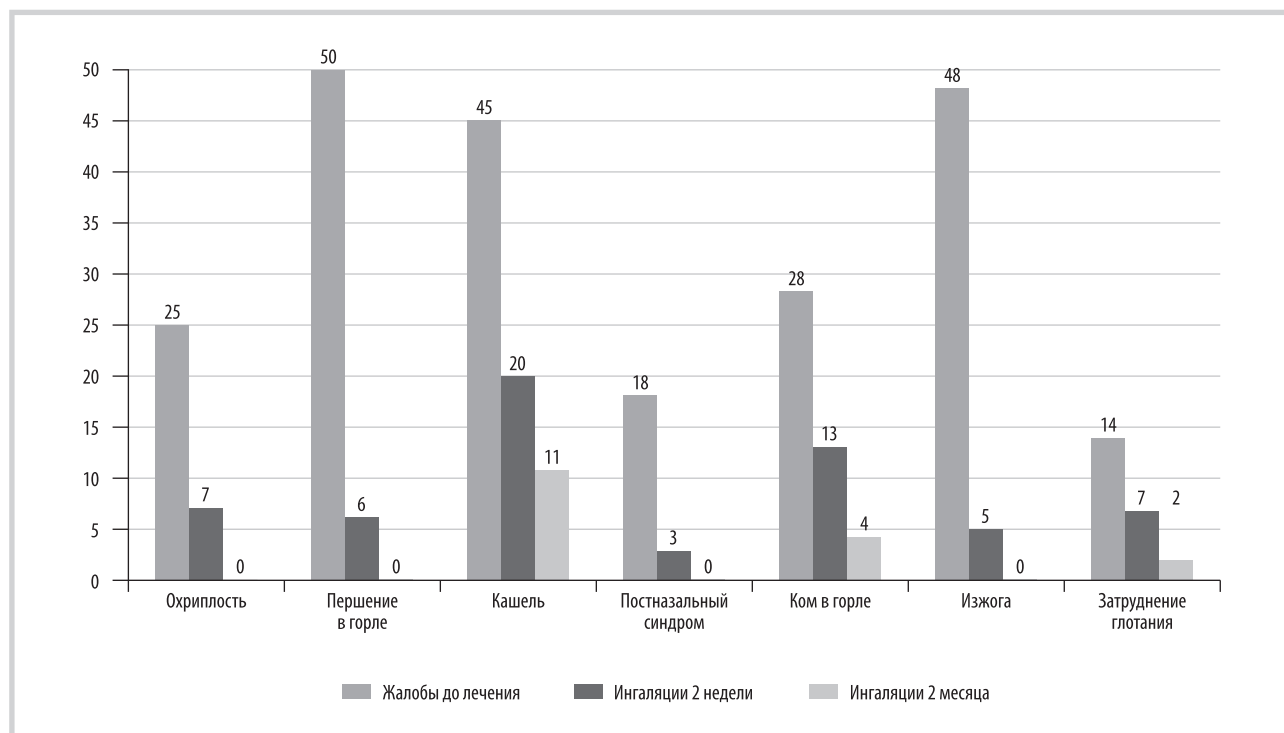


Рис. 3. Динамика жалоб пациентов подгрупп В (после антирефлюксной терапии и ингаляционного лечения).

Fig. 3. Dynamics of complaints of patients of subgroups B (after antireflux therapy and inhaled treatment).

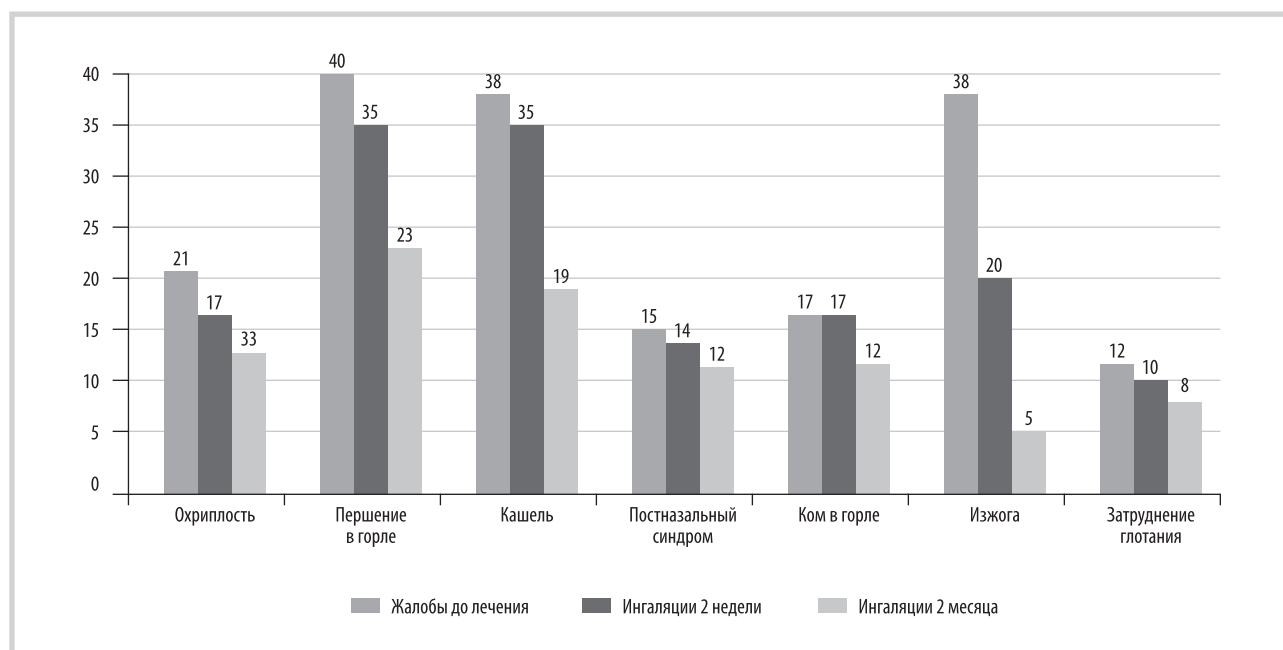


Рис. 4. Динамика жалоб пациентов подгрупп А (после только антирефлюксной терапии).

Fig. 4. Dynamics of complaints of patients of subgroups A (after only antireflux therapy).

тивовоспалительная терапия. Длительность антирефлюксной терапии определяется индивидуально, но продолжительность курса должна быть не менее 2 мес. Показаниями к назначению ингаляционной противовоспалительной терапии являются жалобы на охриплость, сухость, першение, ком в горле, хронический кашель, а также эндоларингоскопические признаки ларингофарингеального рефлюкса, воспалительные изменения в заднем отделе гортани. Ингаляционная терапия с применением дегазированной

щелочной минеральной воды, муколитиков (ацетилцистеин), антисептиков (бензилдиметиламмония хлорид 0,01% или гидроксиметилхиноксалиндиоксид), кортикостероидов (будесонид) является эффективным способом лечения больных с воспалительными изменениями в заднем отделе гортани, вызванными ларингофарингеальным рефлюксом.

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
The authors declare no conflicts of interest.**

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Weber B, Portnoy JE, Castellanos A, Hawkshaw MJ, Lurie D, Katz PO, Sataloff RT. Efficacy of Anti-Reflux Surgery on Refractory Laryngopharyngeal Reflux Disease in Professional Voice Users: A Pilot Study. *Journal of Voice*. 2014;28(4):492-500. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2013.12.009>
- Маев И.В., Дичева Д.Т., Андреев Д.Н., Андреев Н.Г., Гуртовенко И.Ю., Биткова Е.Н. Терапевтическая роль прокинетики препаратов в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. *Медицинский совет*. 2014;4:66-71. Maev IV, Dicheva DT, Andreev DN, Andreev NG, Gurtovenko IYu, Bitkova EN. Therapeutic role of prokinetic drugs in the treatment of gastroesophageal reflux disease. *Medical Council*. 2014;4:66-71. (In Russ.). <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2014-4-66-71>
- Евсютина Ю.В., Трухманов А.С. Новый взгляд на проблему гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, рефрактерной к лечению ингибиторами протонной помпы. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2014;5:4-9. Yevsyutina YuV, Trukhmanov AS. New opinion on the issue of proton pump inhibitor-refractory gastroesophageal reflux disease. *Rossiiskij zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii*. 2014;5:4-9. (In Russ.).
- Маев И.В., Сельская Ю.В., Андреев Д.Н., Дичева Д.Т., Боголепова З.Н., Кузнецова Е.И. Ларингофарингеальный рефлюкс: клиническое значение, современные подходы к диагностике и лечению. *Медицинский совет*. 2019;3:8-16. Maev IV, Selskaya YuV, Andreev DN, Dicheva DT, Bogolepova ZN, Kuznetsova EI. Laryngopharyngeal reflux: clinical significance, modern approaches to diagnosis and treatment. *Medical Council*. 2019;3:8-16. (In Russ.). <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-3-8-16>
- Бордин Д.С., Колбасников С.В., Кононова А.Г. ГЭРБ: типичные проблемы терапии и пути их преодоления. *Гастроэнтерология*. 2016;1(118):14-18. Bordin DS, Kolbasnikov SV, Kononova AG. Gastroesophageal reflux disease: typical treatment problems and approaches to their solution. *Gastroenterology*. 2016;1(118):14-18. (In Russ.).
- Spantideas N, Drosou E, Bougea A, AlAbdulwahed R. Proton Pump Inhibitors for the Treatment of Laryngopharyngeal Reflux. A Systematic Review. *Journal of Voice*. 2019;34(6):918-929. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2019.05.005>
- Bhargava A, Faiz SM, Srivastava MR, Shakeel M, Singh NJ. Role of Proton Pump Inhibitors in Laryngopharyngeal Reflux: Clinical Evaluation in a North Indian Population. *Indian Journal of Otolaryngology and Head and Neck Surgery*. 2019;71(3):371-377. <https://doi.org/10.1007/s12070-018-1493-2>

8. Wei C. A meta-analysis for the role of proton pump inhibitor therapy in patients with laryngopharyngeal reflux. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2016;273(11):3795-3801. <https://doi.org/10.1007/s00405-016-4142-y>
9. Mozzanica F, Robotti C, Lechien JR, Pizzorni N, Pirola F, Mengucci A, Dell'Era A, Ottaviani F, Schindler A. Vocal Tract Discomfort and Dysphonia in Patients Undergoing Empiric Therapeutic Trial with Proton Pump Inhibitor for Suspected Laryngopharyngeal Reflux. *Journal of Voice*. 2020;34(2):280-288. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2018.11.002>
10. Lechien JR, Akst LM, Hamdan AL, Schindler A, Karkos PD, Barillari MR, Calvo-Henriquez C, Crevier-Buchman L, Finck C, Eun YG, Saussez S, Vaezi MF. Evaluation and Management of Laryngopharyngeal Reflux Disease: State of the Art Review. *Otolaryngology — Head and Neck Surgery*. 2019;160(5):762-782. <https://doi.org/10.1177/0194599819827488>
11. Kuo C-L. Laryngopharyngeal Reflux: An Update. *Archives of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery*. 2019;3(1):00094. <https://doi.org/10.24983/scitemed.aohns.2019.00094>
12. Чучалин А.Г., Абросимов В.Н. *Кашель*. XXI Российский конгресс «Человек и лекарство». М.: Эхо; 2014. Chuchalin AG, Abrosimov VN. *Kashel'*. XXI Rossijskij kongress «Chelovek i lekarstvo». М.: Ekho; 2014. (In Russ.).
13. Megwalu UC. A systematic review of proton-pump inhibitor therapy for laryngopharyngeal reflux. *Ear, Nose, and Throat Journal*. 2013;92(8):364-371. <https://doi.org/10.1177/014556131309200811>
14. Chang AB, Lasserson TJ, Gaffney J, Connor FL, Garske LA. Gastroesophageal reflux treatment for prolonged non-specific cough in children and adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005(2):CD004823. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd004823>
15. Beaver ME, Karow CM. Clinical utility of 24 hour pharyngeal pH monitoring for hoarseness. *Journal of Laryngology and Voice*. 2012;2(2):60-63. <https://doi.org/10.4103/2230-9748.106979>
16. Mahashur A. Chronic dry cough: Diagnostic and management approaches. *Lung India*. 2015;32(1):44-49. <https://doi.org/10.4103/0970-2113.148450>
17. Lechien JR, Mouawad F, Mortuaire G, Remacle M, Bobin F, Huet K, Nacci A, Barillari MR, Crevier-Buchman L, Hans S, Finck C, Akst LM, Karkos PD. Awareness of European Otolaryngologists and General Practitioners toward Laryngopharyngeal Reflux. *The Annals of Otolology, Rhinology, and Laryngology*. 2019;28(11):1030-1040. <https://doi.org/10.1177/0003489419858090>
18. Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Романенко С.Г., Павлихин О.Г., Елисеев О.В., Яковлев В.С., Красникова Д.И., Лесогорова Е.В. Терапия воспалительных заболеваний гортани. *Медицинский совет*. 2013;(2):38-41. Kryukov AI, Kunelskaya NL, Romanenko SG, Pavlikhin OG, Eliseev OV, Yakovlev VS, Krasnikova DI, Lesogorova EV. Treatment of inflammatory diseases of the throat. *Medical Council*. 2013;(2):38-41. (In Russ.). <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2013-2-38-41>
19. Кунельская Н.Л., Романенко С.Г., Павлихин О.Г., Елисеев О.В. Ингаляционная терапия при воспалительных заболеваниях гортани. *Лечебное дело*. 2011;2:23-27. Kunelskaya NL, Romanenko SG, Pavlikhin OG, Eliseev OV. Inhalation Treatment of Inflammatory Laryngeal Diseases. *Lechebnoe delo*. 2011;2:23-27. (In Russ.).
20. Дайхес Н.А., Ханамиров А.А., Иванченко Г.Ф. Клинико-функциональное состояние гортани при пахидермии межчерпаловидной области. *Голос и речь*. 2015;1:10-14. Daykhes NA, Khanamirov AA, Ivanchenko GF. Clinical and functional state of larynx when pachydermia in interarytenoid region. *Golos i rech'*. 2015;1:10-14. (In Russ.).
21. Пономаренко Г.Н. *Применение компрессорных ингаляторов HEYER maris III и HEYER FoggyJet в клинической практике: Методические рекомендации*. СПб; 2015. Ponomarenko GN. *Primenenie kompressornykh ingyalyatorov HEYER maris III i HEYER FoggyJet v klinicheskoy praktike: Metodicheskie rekomendatsii*. SPb; 2015. (In Russ.).

Поступила 24.12.2021

Received 24.12.2021

Принята к печати 30.03.2022

Accepted 30.03.2022