

**ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ФАРИНГИТОМ****З. Р. Хайруддинова, Г. С. Хайдарова**

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

**Ключевые слова:** хронический фарингит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, эзофагогастроуденоскопия.

**Tayanch soʻzlar:** surunkali faringit, gastroezofagial reflyuks kasalligi, esophagogastroduodenoskopiyasi.

**Key words:** chronic pharyngitis, gastroesophageal reflux disease, esophagogastroduodenoscopy.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь встречается у 18-28% населения США. До 10% населения испытывают симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни ежедневно, 30% - еженедельно и 50% взрослого населения - ежемесячно. Хронический фарингит характеризуется такими симптомами, как охриплость голоса, дисфония, боль и/или жжение в горле, постназальный затек, хронический кашель, ощущение комка в горле, ларингоспазм и дисфагия. Хронический фарингит сопровождается изменениями в верхних отделах желудочно-кишечного тракта, подтвержденными на ЭГДФС. Обследование пищевода и желудка информативно у пациентов, страдающих хроническим фарингитом. Наше исследование показало высокую частоту встречаемости катарального эзофагита нижней трети пищевода при ЭГДФС, который был диагностирован в 63,3% случаев.

**SURUNKALI FARINGIT BILAN OGʻRIGAN BEMORLARDA YUQORI OSHQOZON-ICHAK TRAKTINING HOLATINI BAHOLASH****Z. R. Xayruddinova, G. S. Xaydarova**

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, Oʻzbekiston

Gastroezofageal reflyuks kasalligi AQSh aholisining 18-28 foizida uchraydi. Aholining 10% gacha gastroezofagial reflyuks kasalligi alomatlari har kuni, 30% haftalik va 50% kattalar oylik. Surunkali faringit xirillash, disfoniya, tomoqdagi ogʻriq va/yoki yonish hissi, halqum orqa devoridan oqma, surunkali yoʻtal, tomoqdagi boʻlak hissi, laringospazm va disfagiya kabi alomatlar bilan tavsiflanadi. Surunkali faringit EGDFSda tasdiqlangan yuqori oshqozon-ichak traktidagi oʻzgarishlar bilan birga keladi. Qizilungach va oshqozonni tekshirish surunkali faringit bilan ogʻrigan bemorlarda maʼlumot beradi. Bizning tadqiqotimiz 63,3% hollarda tashxis qoʻyilgan EGDFSda qizilungachning pastki uchdan bir qismidagi kataral ezofagitning yuqori darajasini koʻrsatdi.

**THE ASSESSMENT OF THE CONDITION OF UPPER GASTROINTESTINAL TRACT IN PATIENTS WITH CHRONIC PHARYNGITIS****Z. R. Khayruddinova, G. S. Khaydarova**

Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan

Gastroesophageal reflux disease occurs in 18-28% of the U.S. population. Up to 10% of the population experience symptoms of gastroesophageal reflux disease daily, 30% weekly and 50% of the adult population monthly. Chronic pharyngitis is characterized by symptoms such as hoarseness, dysphonia, pain and/or burning in the throat, postnasal congestion, chronic cough, lump in the throat, laryngospasm and dysphagia. Chronic pharyngitis is accompanied by changes in the upper gastrointestinal tract, confirmed by EGDFS. Examination of the esophagus and stomach is informative in patients suffering from chronic pharyngitis. Our study showed a high incidence of catarrhal esophagitis of the lower third of the esophagus in EGDFS, which was diagnosed in 63,3% of cases.

**Введение.** Хронический фарингит (ХФ) — это хроническое воспаление слизистой оболочки глотки, подслизистого слоя и лимфоидной ткани глотки. Хронический фарингит проявляется такими симптомами, как охриплость голоса, дисфония, боль и/или жжение в горле, постназальный затек, хронический кашель, ощущение кома в горле, ларингоспазм и дисфагия. Ли З. с соавторами показали, что заболеваемость хроническим фарингитом среди населения Китая составляет около 30% [7,12]. Кроме того, число амбулаторных посещений по поводу ХФ в США колеблется от 7 до 11 миллионов в год [1,12].

Shen Y и соавт. отмечают высокую распространенность ХФ на фоне ГЭРБ: 10-20% среди заболеваний глотки и 12-14% среди всех оториноларингологических заболеваний [16].

Основные причины хронического фарингита можно разделить на две группы: неинфекционные и инфекционные. В этой статье мы не будем обсуждать инфекционные причины ХФ, а остановимся на неинфекционных факторах. К последним относятся: курение, механические травмы глотки, хронический ринит, применение некоторых медикаментов (ингаляционные глюкокортикостероиды, ингибиторы АПФ, химические препараты, лучевая терапия), вдыхание химических веществ (озон, оксиды серы, азота, бора, цементная пыль,

бензин и т.д.), сопутствующие заболевания (тиреоидит, болезнь Кавасаки, и т.д.) [5].

Маев И.В. и соавторы изучили оториноларингологический статус 78 амбулаторных пациентов, страдающих ГЭРБ. Было установлено, что хронический фарингит был диагностирован в большинстве случаев - у 55 (70,5%) пациентов, в то время как только у 9 (11,5%) пациентов патологии не было выявлено. Также были диагностированы следующие заболевания: хронический тонзиллит у 11 пациентов (14,5%), хронический ларингит - у 9 (11,5%), хронический ринит - у 11 человек (14%), хронический синусит - у 6 (7,7%), евстахиит - у 5 (6,4%) и хронический адгезивный отит - у 6 пациентов (7,7%) [5].

Согласно современным эпидемиологическим данным, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) встречается у 18-28% населения США. До 10% населения испытывают симптомы ГЭРБ ежедневно, 30% - еженедельно и 50% взрослого населения - ежемесячно. В Соединенных Штатах симптомы ГЭРБ наблюдаются у 44 миллионов человек [1,17]. Около 10% людей в Южной Америке, 11,9% в Турции и примерно столько же пациентов в Европе сообщают о симптомах ГЭРБ [12].

По данным Всемирной гастроэнтерологической ассоциации, ГЭРБ - это сенсомоторное расстройство, связанное с нарушением нормальных антирефлюксных механизмов (например, функции нижнего пищеводного сфинктера, диафрагмально-пищеводной связки), с изменениями в нормальной физиологии (например, нарушением перистальтики пищевода, повышением внутрижелудочного давления, повышением градиента абдоминально-грудного давления) или очень редко - с избыточной секрецией желудочного сока (синдром Золлингера-Эллисона).

Согласно современным исследованиям, хронический фарингит был обнаружен примерно у 70,5% пациентов, страдающих ГЭРБ. Эти данные позволяют предположить частую связь между ГЭРБ и хроническими оториноларингологическими заболеваниями, такими как тонзиллит, ларингит, ринит, синусит, тубоотит и адгезивный средний отит. В данной категории пациентов с хроническим фарингитом до 88,5% случаев была диагностирована ГЭРБ.

Согласно Монреальской классификации проявления ГЭРБ подразделяются на пищеводный и внепищеводный синдромы (рис. 1). Среди экстрапищеводных различают достоверно связанные заболевания - рефлюкс-кашель, рефлюкс-ларингит, рефлюкс-астма, рефлюкс-эрозивное поражение зубов, и недостоверно связанные - фарингит, синусит, идиопатический легочный фиброз, рецидивирующий средний отит [17].

Несмотря на частую встречаемость, всё еще недостаточно литературных данных, посвященных оценке состояния верхних отделов желудочно-кишечного тракта при ХФ.

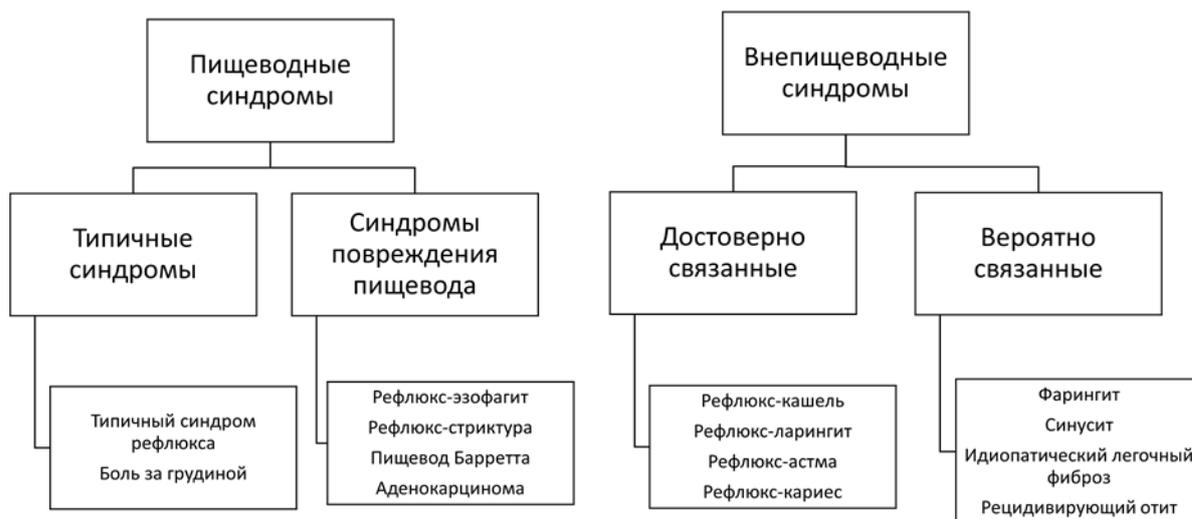


Рис. 1. Монреальская классификация ГЭРБ.

**Целью нашего исследования** является изучение состояния пищевода и желудка у пациентов с ХФ по данным ЭГДФС.

**Материал и методы.** Нами было обследовано 30 пациентов с ХФ, вызванным ГЭРБ. Из них 10 (33,3%) мужчин и 20 (66,6%) женщин. Исследование включало сбор жалоб и

анамнеза пациента, ЛОР-осмотр, общеклиническое обследование, эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДФС). Основной целью ЛОР-обследования было выявление признаков хронического фарингита. По характеру изменений, развивающихся на слизистой оболочке глотки, ХФ подразделяется на катаральный, атрофический и гипертрофический.

При катаральном фарингите наблюдаются постоянная диффузная гиперемия, отек, расширение сосудов слизистой оболочки глотки и гиперсекреция слизистых желез. Слизистая оболочка глотки при атрофическом фарингите выглядит истонченной, сухой, бледно-розового цвета с тусклым оттенком, местами покрыта корками и вязкой слизью. На блестящей “лаковой” поверхности слизистой оболочки могут быть видны инъецированные сосуды. При гипертрофической форме ХФ выявляются очаги гиперпластической лимфоидной ткани на задней стенке глотки или увеличенные трубно-глоточные валики и поверхностные разветвления вен.

Для ХФ не характерны повышение температуры и значительное ухудшение общего состояния. Однако, скудные субъективные симптомы, беспокоящие пациентов, обычно не соответствуют выраженности объективных данных [5].

В наше исследование были включены пациенты, которые жаловались на болезненность, першение, сухость и дискомфорт в горле при глотании, а также на стекание слизи по задней стенке глотки, ощущение инородного тела, которое не мешает приему пищи, но вынуждает к частым глотательным движениям.

Критериями исключения были следующие: острые воспалительные заболевания дыхательных путей; острый воспалительный процесс в придаточных пазухах носа, глотке или гипофарингсе; заболевания носа и придаточных пазух носа; дети в возрасте до 18 лет, беременность и период лактации.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием метода вариационной статистики с доверительным интервалом 95%.

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДФС) проводилась всем пациентам по стандартной методике на гибком волоконном эндоскопе PENTAX EG-290 под местной анестезией 10% раствором лидокаина. В ходе обследования оценивалось состояние слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, а также функция кардиального и пилорического сфинктеров. Оценивались размеры и локализация деструктивных изменений слизистой оболочки (эрозии, язвы).

Существуют различные эндоскопические классификации рефлюксной болезни, применяемые в клинической практике. Наиболее известной из них является классификация Савари-Миллера (1977). В соответствии с этой классификацией выделяют 4 степени эзофагита в зависимости от тяжести проявлений и наличия осложнений ГЭРБ. Классификация Хетцеля (1988) также основана на 4 степенях распространенности поражения.

В 1994 году международная рабочая группа при поддержке Всемирной организации гастроэнтерологов разработала классификацию эзофагита в соответствии с результатами эндоскопии. Благодаря этой классификации, эндоскопическим фотографиям и видеозаписям, эндоскописты получили возможность выявлять повреждения слизистой оболочки, ограниченные верхушками складок слизистой оболочки, патологические изменения, распространяющиеся по всей окружности пищевода, и осложненный эзофагит в виде стриктуры пищевода [13].

В 2002 году была предложена клиническая классификация ГЭРБ. Ученые на Всемирном конгрессе гастроэнтерологов в Лос-Анджелесе заявили о необходимости дифференциации неэрозивной рефлюксной болезни, эрозивного эзофагита и пищевода Барретта. В нашем исследовании степень повреждения слизистой оболочки пищевода определялась в соответствии с классификацией Савари-Миллера и клинико-эндоскопической классификацией, принятой на IX Европейской гастроэнтерологической неделе в Амстердаме [1,2].

Подозрение на неэрозивную рефлюксную болезнь возникает при наличии клинических симптомов и данных рН-метрии пищевода при отсутствии каких-либо эндоскопических показаний.

ЭГДФС позволяет диагностировать неэрозивную рефлюксную болезнь в виде катарального эзофагита. Патологическая ГЭРБ может быть подтверждена у пациентов с рефлюксом при соблюдении следующих критериев: рН в пищеводе должен быть менее 4,0

или более 7,0, длиться более 5 минут, более 50 эпизодов в течение дня, общей продолжительностью более 1 часа и сохраняться не менее 3 месяцев.

По литературным данным частота неэрозивной рефлюксной болезни составляет более 60% от всех случаев ГЭРБ, в то время как в 37% случаев встречается эзофагит с признаками эрозивных или эрозивно-язвенных дефектов слизистой оболочки пищевода. Кроме того, при оценке клинических симптомов и качества жизни пациентов с неэрозивной рефлюксной болезнью и эрозивным или эрозивно-язвенным эзофагитом учеными заявлено о сопоставимости в обеих группах.

**Результаты.** Во время фарингоскопии у 2 (6,66%) пациентов был диагностирован хронический атрофический фарингит, у 1 (3,33%) пациента - хронический гипертрофический фарингит и у 28 (93,3%) - хронический катаральный фарингит.

Данные, полученные на основании исследования ЭГДФС и отражающие патологию пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, приведены в Таблице 1.

Заключение ЭГДФС	Кол-во пациентов	%
Катаральный эзофагит нижней трети пищевода	19	63,3
Эрозивный рефлюкс-эзофагит	1	3,3
Поверхностный гастрит на фоне умеренной гипертрофии слизистой	3	10
Поверхностный гастрит с атрофией слизистой	2	6,6
Поверхностный гастрит с очаговой гиперемией слизистой	1	3,3
Катаральный гастрит	3	10
Катаральный антрум-гастрит	6	20
Катаральный гастродуоденит	3	10
Эрозивный антрум-гастрит	3	10
Атрофический антрум-гастрит	1	3,3
Эрозивный гастрит	3	10
Язвы желудка	1	3,3
Нефиксированная аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	5	16,6
Дуодено-гастральный рефлюкс желчи (ДГРЖ)	6	20
Пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка без изменений	2	6,6

Как видно из таблицы 1, при ХФ среди заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта чаще встречались катаральный эзофагит нижней трети пищевода, катаральный антрум-гастрит и дуодено-гастральный рефлюкс желчи (ДГРЖ).

Тщательное обследование и опрос пациента помогают в установлении диагноза ГЭРБ. Однако, многие ученые утверждают, что даже таких характерных жалоб, как дисфония, боль и/или жжение в горле, выделение слизи из носоглотки, хронический кашель и т.д., может быть достаточно для постановки диагноза рефлюксной болезни.

Традиционные методы диагностики ГЭРБ включают 24-часовую рН-метрию, полипозиционное рентгенологическое исследование, эндоскопию с биопсией слизистой оболочки дистального отдела пищевода, манометрию и электромиографию пищевода [1]. Однако ГЭРБ можно диагностировать не только традиционными методами, но и клинически, с помощью анкетирования и сбора анамнеза. Исследователи утверждают, что примерно в 50-60% случаев видимые (эндоскопические и рентгенологические) изменения указывают на отсутствие заболевания, хотя по клиническим признакам отмечается высокая вероятность ГЭРБ [1,2].

**Заключение.** ХФ сопровождается изменениями в верхних отделах желудочно-кишечного тракта, подтвержденными результатами ЭГДФС. Исследование пищевода и желудка у пациентов, страдающих ХФ, может быть информативным для выявления экстрапищеводных проявлений ГЭРБ.

#### Использованная литература:

1. Ахматходжаев А.М. Клинические, патогенетические и терапевтические аспекты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с бронхообструктивными осложнениями - дисс.канд. мед. наук. С. 27-29, 34-36.

2. Бордин Д.С. Как выбрать ингибитор протонной помпы для пациента с ГЭРБ? // Эксперимент. и клин. гастроэнтерол. - 2010.- № 2.- С. 53-58. [5]. Carlsson R., Dent J., Bolling-Sternevald E. The usefulness of a structured questionnaire in the assessment of symptomatic gastroesophageal reflux disease // Scand J Gastroenterol. – 1998. – Vol. 33. – P. 1023-1029.
3. Васяева А.А., Арефьева Н.А. Иммуноterapia хронического фарингита: показания, результаты. RMJ. 2010; 30:1864.
4. Дубинская Т. К., Волкова А. В., Разживина А. А., Никишина Е. И. Кислотопродукция желудка и методы ее определения. Учебник. — М.: РМАПО, 2004. - 28 с. ISBN 5-7249-0789-5.
5. Маев И.В. и др. Бронхолегочные и орофарингеальные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Медицинский консилиум. - 2006. - № 2. - с. 22-27.
6. Пальчуна В. Т. // Оториноларингология: национальное руководство — 2-е изд., переработанное и дополнительное - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022.
7. Barry DW, Vaezi MF. Laryngopharyngeal reflux: More questions than answers. Cleve Clin J Med. 2010 May
8. Bickel M. The role of interleukin-8 in inflammation and mechanisms of regulation. J Periodontol. 1993 May;64(5 Suppl):456-60. PMID: 8315568.
9. Carlsson R., Dent J., Bolling-Sternevald E. The usefulness of a structured questionnaire in the assessment of symptomatic gastroesophageal reflux disease // Scand J Gastroenterol. – 1998. – Vol. 33. – P. 1023-1029.
10. Fock K. M., Teo E. K., Ang T. L. et al. Rabeprazole vs esomeprazole in non-erosive gastro-esophageal reflux disease: a randomized, double-blind study in urban Asia // World J Gastroenterol. – 2005. -№ 11. – P. 3091-3098.
11. Graham D. Y. Helicobacter pylori is not and never was "protective" against anything, including GERD // Dig. Dis. Sci. - 2003. - Vol.48, №4. - P. 629-630.
12. Li Z, Huang J, Hu Z. Screening and Diagnosis of Chronic Pharyngitis Based on Deep Learning. Int J Environ Res Public Health. 2019 May 14.
13. Lundell LR, Dent J, Bennett JR, Blum AL, Armstrong D, Galmiche JP, Johnson F, Hongo M, Richter JE, Spechler SJ, Tytgat GN, Wallin L. Endoscopic assessment of oesophagitis: clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification. Gut. 1999 Aug;45(2):172-80. doi: 10.1136/gut.45.2.172. PMID: 10403727; PMCID: PMC1727604.)
14. Nandurkar S., Talley N. J. Epidemiology and natural history of reflux disease // Baillieres Best Pract Res Clin Gastroenterol. – 2000. – Vol. 5. – P. 743-757.
15. Sereg-Bahar M, Jerin A, Hocevar-Boltezar I. Higher levels of total pepsin and bile acids in the saliva as a possible risk factor for early laryngeal cancer. Radiol Oncol. 2015 Mar 3;49(1):59-64. doi: 10.2478/raon-2014-0020. PMID: 25810702; PMCID: PMC4362607.
16. Shen Y et al. 16SrDNA-Based Detection Technology in Patients with Chronic Pharyngitis to Analyze the Distribution Characteristics of Pharyngeal Bacteria. J Healthc Eng. 2022 Mar 11
17. Vakil N. et al. The Montreal Definition and Classification of Gastroesophageal Reflux Disease: A Global Evidence-Based Consensus The American journal of gastroenterology.2006