

УДК 616.22/.321-002:616.329.12-003.233
<https://doi.org/10.18692/1810-4800-2022-1-19-26>

Клинические аспекты ларингофарингеального рефлюкса

И. Б. Анготоева¹, Е. В. Щепкина^{2,3}, М. М. Магомедова¹

¹ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, 125993, Россия

² Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, Москва, 119571, Россия

³ Техдепартамент, Московская обл., Химки, 141407, Россия

Clinical aspects of laryngopharyngeal reflux

I. B. Angotoeva¹, E. V. Shchepkina^{2,3}, M. M. Magomedova¹

¹ Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, 125993, Russia

² Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Moscow, 119571, Russia

³ Techdepartment, Moscow region, Khimki, 141407, Russia

Ларингофарингеальный рефлюкс (ЛФР) как причина симптомов при отсутствии симптоматической гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) часто ставится под сомнение. Но стоит помнить, что ГЭРБ – это целый комплекс симптомов, возникающих при повреждении слизистой оболочки. Мы поставили своей целью изучить клинические симптомы ЛФР без пищеводных симптомов. В исследование вошли 66 женщин и 34 мужчины с жалобами, характерными для ЛФР, в возрасте от 18 до 70 лет. В исследование включены пациенты с типичными жалобами ЛФР без пищеводных симптомов, которые оценили их по опроснику ИСР на более 13 баллов. На осиплость жаловались 91 пациент (95%), на першение в горле – 93 (97%), на чрезмерное отхаркивание слизи или ее стекание из носа – 88 (92%), на затруднение при глотании – 36 (38%), на кашель после еды или после перехода в горизонтальное положение – 43 (45%), на затруднение дыхания или эпизоды удушья – 68 (71%), на мучительный или надсадный кашель – 64 (67%), на ощущение чего-то липкого в горле или комка в горле – 84 (88%). Кроме типичных симптомов ЛФР пациентов могут беспокоить: затруднение носового дыхания; чихание при отсутствии респираторной аллергии; жжение и горечь во рту; неприятный запах изо рта, обусловленный образованием тонзиллолитов; жалобы со стороны уха, не регистрируемые объективными методами исследования. 23% пациентов с ЛФР страдают канцерофобией. Мы пришли к выводу, что ЛФР оказывает влияние на гортань и все отделы глотки. Назначения омега-3 20 мг за 30 мин до еды утром 1 раз в день в течение 6 недель статистически значительно уменьшает симптомы ЛФР. Требуется новый опросник для раннего выявления симптомов ЛФР методом анкетирования.

Ключевые слова: ларингофарингеальный рефлюкс, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

Для цитирования: Анготоева И. Б., Щепкина Е. В., Магомедова М. М. Клинические аспекты ларингофарингеального рефлюкса. *Российская оториноларингология*. 2022;21(1):19–26. <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2022-1-19-26>

Laryngopharyngeal reflux (LPR) as the cause of symptoms in the absence of symptomatic gastroesophageal reflux disease (GERD) is often questioned. But it is worth remembering that GERD is a whole complex of symptoms that occur when the mucous membrane is damaged. We aimed to study the clinical symptoms of LPR without esophageal symptoms. The study included 66 women and 34 men with complaints typical of LPR, aged 18 to 70. The study included patients with typical LPR complaints without esophageal symptoms who rated them at more than 13 points according to the RSI questionnaire. 91 patients (95%) complained of hoarseness; 93 (97%), of a sore throat; 88 (92%), of excessive mucus coughing up or its running off from the nose; 36 (38%), of difficulty swallowing; 43 (45%), of coughing after eating or after lying down; 68 (71%), of shortness of breath or episodes of suffocation; 64 (67%), of excruciating or hacking cough; 84 (88%), of feeling of something sticky in the throat or a lump in the throat. In addition to the typical symptoms of LPR, patients

may experience difficulty in nasal breathing; sneezing in the absence of respiratory allergies; burning and bitterness in the mouth; bad breath due to the formation of tonsilloliths; complaints from the ear not recorded by objective methods of research. 23% of patients with LPR suffer from carcinophobia. We concluded that LPR affects the larynx and all parts of the pharynx. The appointment of omeprazole 20 mg 30 minutes before meals in the morning 1 time per day for 6 weeks significantly reduces the symptoms of LPR. A new questionnaire is required for the early detection of LPR symptoms by a questionnaire method.

Keywords: laryngopharyngeal reflux, gastroesophageal reflux disease.

For citation: Angotoeva I. B., Shchepkina E. V., Magomedova M. M. Clinical aspects of laryngopharyngeal reflux. *Rossiiskaya otorinolaringologiya*. 2022;21(1):19-26. <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2022-1-19-26>

Введение

Ларингофарингеальный рефлюкс (ЛФР) как причина симптомов при отсутствии симптоматической ГЭРБ некоторыми авторами ставится под сомнение [1]. Однако стоит помнить, что гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – это целый комплекс симптомов, возникающих при повреждении слизистой оболочки пищевода, ротоглотки и/или дыхательных путей в результате ретроградного заброса содержимого желудка и/или двенадцатиперстной кишки, достаточных для нарушения качества жизни человека [2]. В этот комплекс симптомов входят и внепищеводные проявления, к которым относят и симптомы ЛФР [3]. Симптомы ЛФР наиболее многочисленны и разнообразны. Практически при каждом заболевании ЛОР-органов необходимо помнить о возможном влиянии ЛФР, что позволит оториноларингологам провести правильную диагностику и назначить соответствующее лечение. Поэтому актуальным является изучение особенностей клинической картины ЛФР.

Цель исследования

Изучить клинические симптомы ЛФР без пищеводных симптомов.

Пациенты и методы исследования

В исследование вошли 66 женщин и 34 мужчины (рис. 1) с жалобами, характерными для ЛФР [5], в возрасте от 18 до 70 лет. Средний возраст пациентов составил 39 [33; 51] лет.

Критериями включения в исследование были: пациенты, предъявляющие жалобы на типичные симптомы ЛФР (осиплость, першение в горле, чрезмерное отхаркивание слизи или ее стекание по задней стенке глотки, «ком» в горле, чувство инородного тела в горле, дисфагию, затруднение дыхания или эпизоды удушья, хронический кашель, постоянное желание прочистить горло и откашляться). Пациентам проводилось анкетирование с помощью опросника «Индекс симптомов рефлюкса» (ИСР), который был предложен Р. С. Belafsky, G. N. Postma и J. A. Koufman [5] и переведен на русский язык, а также валидизиро-

ван В. Э. Кокориной [6]. В 2017 году М. А. Рябовой и соавторами был предложен запатентованный опросник на русском языке [7]. Однако авторы использовали временной промежуток для оценки симптомов ЛФР, не учитывая количественную оценку их выраженности, что не позволило нам использовать его в нашей работе для оценки симптомов до и после лечения.

Результаты эндоскопической ларингоскопии были оценены по шкале рефлюксных признаков (ШРП) [8]. В исследование были включены пациенты, которые оценили симптомы по анкете ИСР на 13 баллов и выше, с изменениями по ШРП при эндоскопической ларингоскопии от 7 баллов, с положительным тестом эмпирического назначения омепразола 40 мг [9].

Мы не включили в исследование пациентов, которые жаловались на изжогу, отрыжку, боли в груди, курильщиков, аллергиков, пациентов с искривлением носовой перегородки по объективному исследованию носового дыхания, хроническим риносинуситом (ХРС), острым риносинуситом (ОРС), бронхиальной астмой, хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Из исследования были исключены четыре пациента, которые не соблюдали рекомендации.

Всем пациентам проводили осмотр ЛОР-органов для фиксации проявлений воздействия желудочного содержимого или содержимого двенадцатиперстной кишки на слизистую оболочку

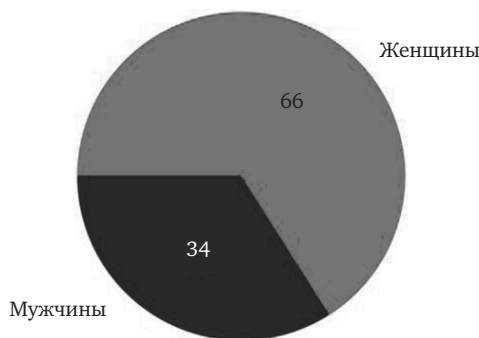


Рис. 1. Распределение пациентов с ЛФР без пищеводного синдрома по полу

Fig. 1. Distribution of patients with LFR without esophageal syndrome by gender

гортани, всех отделов глотки (гортаноглотки, ротоглотки и носоглотки) и полости носа: орофарингоскопия, передняя риноскопия, отомикроскопия, а также эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки, эндоскопическая ларингоскопия.

Сбор данных, их последующая коррекция, систематизация исходной информации и визуализация полученных результатов осуществлялись в электронных таблицах Microsoft Office Excel (2016). Статистическая обработка результатов проводилась средствами языка Питон (Python 3.8). Для расчетов были использованы встроенные функции из модулей Scipy. Количественные показатели оценивали на предмет соответствия нормальному распределению, для этого использовался критерий Шапиро-Уилка. Проверка на нормальность распределения показала, что данные в исследовании не имеют нормального распределения. Поэтому в дальнейшем расчеты производились методами непараметрической статистики. В качестве центра распределения была посчитана медиана, а в качестве показателей вариации – квартили (Me [Q1; Q3]) и размах вариации (min-max). Результаты качественных признаков выражены в абсолютных числах с указанием долей (%).

Результаты исследования

В нашем исследовании выявлено, что симптомы ЛФР в основном беспокоят пациентов фертильного возраста. Медиана возраста составила 39 [33; 51] лет (рис. 2).

В исследовании были включены пациенты с типичными жалобами ЛФР, но не предъявляющие жалобы на пищеводные симптомы.

На осиплость жаловались 91 пациент (95%), на першение в горле – 93 (97%), на чрезмерное отхаркивание слизи или ее стекание из носа – 88 (92%), на затруднение при глотании пищи, жидкости или таблеток – 36 (38%), на кашель после еды или после перехода в горизонтальное положение – 43 (45%), на затруднение дыхания или эпизоды удушья – 68 (71%), на мучительный или надсадный кашель – 64 (67%), на ощущение чего-то липкого в горле или комка в горле – 84 (88%).

В то же время нами были зафиксированы и нетипичные жалобы со стороны ЛОР-органов, которые беспокоили пациентов с ЛФР (табл. 1). При отсутствии респираторной аллергии 12 (12%), включенных в исследование, жаловались на чихание. На жжение во рту жаловались 4 пациента (4%), 13 (14%) – на горечь во рту, 41 пациент жаловался на неприятный запах изо рта, причем 11 (11%) из них указали, что запах ощущают окружающие люди, а 27 (28%) ощущают неприятный запах только сами. При проведении дальнейшего обследования у самостоятельно ощущающих неприятный запах изо рта были обнаружены тонзиллиты, в отличие от пациентов, от которых неприятный запах ощущали окружающие. 5 (5%) пациентов отмечали приступ удушья ночью (был затруднен вдох). 56 пациентов (58%) жаловались на боли, неприятные ощущения, дискомфорт в ушах, периодическую заложенность уха, чаще беспокоило одно ухо, с той стороны, на которой пациенты предпочитали засыпать. При проведении аудиометрии, тимпанометрии особых нарушений не было зафиксировано. После проведенного антирефлюксного лечения эти субъективные ощущения со стороны ушей благополучно прекратились.

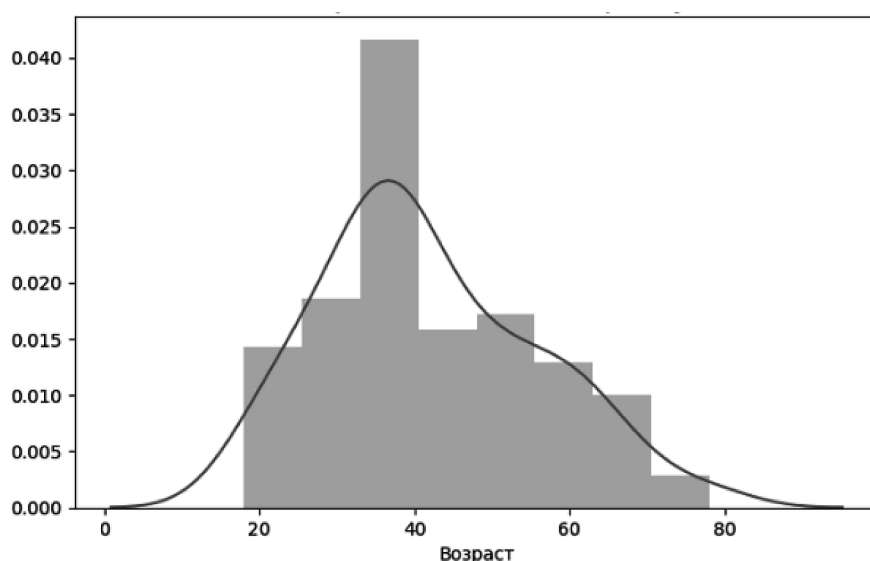


Рис. 2. Распределение пациентов по возрасту. На оси абсцисс возраст пациентов, на оси ординат частота встречаемости в выборке

Fig. 2. Distribution of patients by age. The abscissa is the age of the patients, the ordinate is the frequency of occurrence in the sample

Таблица 1

Распространенность нетипичных симптомов у пациентов с ЛФР без пищевого синдрома

Table 1

Prevalence of atypical symptoms in patients with LFR without esophageal syndrome

Симптом ларингофарингеального рефлюкса	Количество пациентов (абсолютное)	Количество пациентов, %
Затруднение носового дыхания	40	42
Желание пользоваться сосудосуживающими спреями	14	15
Чихание	12	12
Жжение во рту	4	4
Горечь во рту	13	14
Неприятный запах изо рта, ощущаемый только самим пациентом	27	28
Неприятный запах изо рта, ощущаемый окружающими	11	11
Жалобы со стороны уха (боли, неприятные ощущения, дискомфорт в ушах, периодическую заложенность уха)	56	58

Все типичные симптомы ЛФР у пациентов, включенных в исследование, статистически значимо уменьшились (табл. 2).

Интересно, что в момент включения в исследование пациенты не предъявляли жалобы на пищеводные симптомы (изжогу, отрыжку и боль в груди). При заполнении опросника медиана этого пункта составила 0.0 [0.0, 0.0]. Однако после терапии омепразолом было выявлено, что общее количество баллов по опроснику ИСР статистически значимо уменьшилось, медиана количественной оценки по опроснику ИСР до лечения составила 18 [15; 24] баллов (на рис. 2 – ИСР1), после лечения (на рис. 3 – ИСР 2) – 9 [6; 10] баллов, но у

41 (43%) (рис. 4) появились пищеводные симптомы в период оценки после лечения, а у 47 (49%) пациентов – во время рецидива (рис. 2) (<0,001).

То есть произошла смена симптомов. Симптомы ЛФР статистически значимо уменьшились, однако появились пищеводные симптомы. Их медиана в периоды Т2 и Т3 составила 0.0 [0.0, 1.25].

При выяснении анамнеза заболевания выяснено, что большинство пациентов связывают свои жалобы с нарушениями иммунитета и частыми в связи с этим простудными заболеваниями, некоторым был поставлен диагноз хронического тонзиллита, они были обследованы

Таблица 2

Статистически значимое снижение симптомов ЛФР после терапии омепразолом 20 мг 1 раз в день утром за 30 мин до еды

Table 2

Statistically significant reduction in LFR symptoms after therapy with omeprazole 20 mg 1 time per day in the morning 30 minutes before meals

Симптом ларингофарингеального рефлюкса	Медиана количественной оценки до лечения	Медиана количественной оценки после лечения	Критерий Вилкоксона (p)
Осиплость	3.0 [2.0, 4.0]	0 [0.0, 2.0]	<0,001
Першение в горле	3.0 [2.0, 4.0]	1.0 [0.0, 2.0]	<0,001
Чрезмерное отхаркивание слизи или ее стекание из носа	4.0 [2.0, 5.0]	2.0 [1.0, 2.0]	<0,001
Затруднение при глотании пищи, жидкости или таблеток	0.0 [0.0, 2.0]	0.0 [0.0, 0.0]	<0,001
Кашель после еды или после перехода в горизонтальное положение	0.0 [0.0, 3.0]	0.0 [0.0, 0.25]	<0,001
Затруднение дыхания или эпизоды удушья	3.0 [0.0, 4.0]	0.0 [0.0, 1.0]	<0,001
Мучительный или надсадный кашель	2.0 [0.0, 4.0]	0.0 [0.0, 2.0]	<0,001
Ощущение чего-то липкого в горле или комка в горле	3.0 [2.0, 4.0]	1.0 [0.0, 2.0]	<0,001
Изжога, боль в груди, отрыжки	0.0 [0.0, 0.0]	0.0 [0.0, 1.25]	<0,001

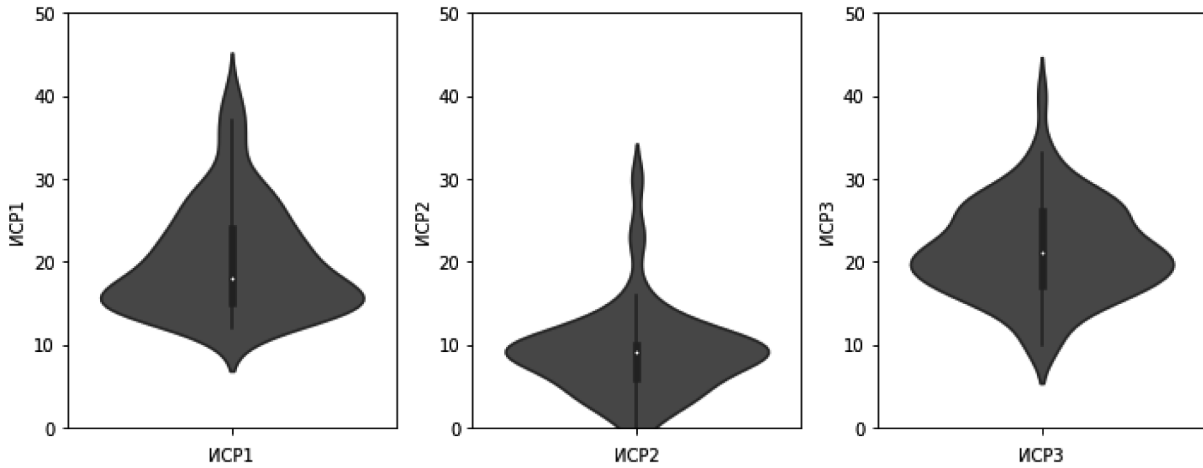


Рис. 3. Динамика количественной оценки симптомов ЛФР по опроснику ИСР, где ИСР1 в период включения, ИСР2 – после 6 недель лечения омепразолом 20 мг, ИСР3 – при рецидиве
Fig. 3. Dynamics of quantitative assessment of LFR symptoms according to the reflux symptom index (RSI) questionnaire, where RSI1 during the inclusion period, RSI2 – after 6 weeks of treatment with omeprazole 20 mg, RSI3 – in case of relapse

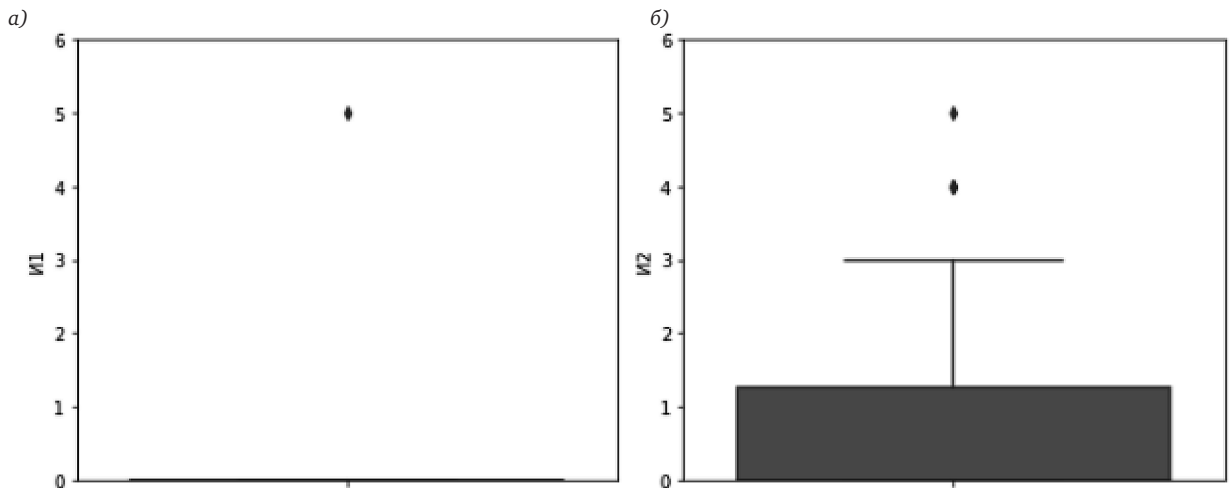


Рис. 4. Количественная оценка пищеводных симптомов по опроснику ИСР: а – в период включения, б – после 6 недель лечения омепразолом 20 мг.
Fig. 4. Quantitative assessment of esophageal symptoms according to the RSI questionnaire, where a – during the period of inclusion, b – after 6 weeks of treatment with omeprazole 20 mg.

в других клиниках на наличие иммуноглобулинов G к различным вирусам и даже проходили курсы лечения иммунотропными препаратами, эффективность которых до сих пор остается под сомнением [10]. Однако при детальном изучении анамнеза заболевания мы выяснили, что большинство «простудных» заболеваний протекало без повышения температуры тела, начиналось с першения в горле, а не с ринореи, длилось более 3–4 недель, иногда длительность заболевания составляло годы. 23 пациента (24%) отмечали, что их жалобы начались после того, как они подавились рыбными костями, которые при осмотре не были обнаружены. Кроме того, многие пациенты отмечают, что состояние их горла очень изменчиво и может меняться каждый день. Боли в горле возникают обычно по утрам, без каких-либо видимых для пациента причин. В течение дня, особенно после еды, дискомфорт в горле утихает.

Обсуждение результатов

В современном обществе сложились условия для роста числа пациентов, страдающих ГЭРБ, в том числе и ее внепищеводными проявлениями. К ним относятся: отсутствие режима питания, гиподинамия, трудоголизм, стресс. Актуальность изучения ЛФР обусловлена тем, что его симптомы могут наблюдаться в разных возрастных группах, но в основном у пациентов фертильного возраста, которые обращаются за медицинской помощью из-за выраженного снижения качества жизни. Из типичных симптомов ЛФР чаще всего пациентов беспокоили: першение в горле – 97%, осиплость – 95%, чрезмерное отхаркивание слизи или ее стекание из носа – 92%, ощущение чего-то липкого или кома в горле – 88%. При просьбе ответить на вопрос: на сколько баллов от 0 до 5 вас беспокоят затруднение при глотании пищи, жидкости или таблеток, только 38% пациентов отве-

Rossiskaya otorinolaringologiya

тили положительно. Однако, по нашему мнению, такой низкий процент обусловлен некорректностью вопроса или его неточностью перевода с английского на русский язык опросника ИСР [5]. Так М. F. Vaezi и его соавторы указывают одним из симптомов ЛФР «throat pain» – боль в горле [4]. Кроме того, мы выяснили особенность дисфагии (пациента просили оценить затруднение при глотании пищи, жидкости или таблеток). Все пациенты отмечали, что им трудно проглотить слюну или таблетки, при этом возникает дискомфорт, многие даже предпочитали не сглатывать слюну. А прием пищи и жидкости не был затруднен. У некоторых прием пищи даже приносил облегчение. Кроме того, мы заметили несоответствие предъявляемых жалоб на боль в горле по интенсивности и фарингоскопической картины без гнойных налетов, язв, при отсутствии повышения температуры тела. Возможно, пункт в опроснике ИСР «затруднение при глотании пищи, жидкости или таблеток» стоит заменить формулировкой «боль в горле при глотании слюны или таблеток». Или добавить второй пункт, касающийся боли в горле: «боль в горле при глотании», к пункту «боль в горле при глотании пищи, жидкости или таблеток». Оториноларингологам при сборе анамнеза стоит обращать внимание на детализацию этого симптома. Так как многие пациенты считают, что любая боль в горле – это ангина, по поводу которой и самостоятельно, и по рекомендации врачей разных специальностей они принимают системные антибиотики. Из 96 обследованных нами пациентов 69 человек (72%) получали системные антибиотики. 59 пациентов (61%) получали по несколько курсов системных антибиотиков из-за их, якобы, неэффективности. В исследовании 2004 года было выявлено, что при болях в горле 92% пациентов получали ошибочную терапию системными антибиотиками [11]. Не все пациенты с болью в горле нуждаются в системной антибиотикотерапии. Более низкие цифры назначения системных антибиотиков в нашем исследовании, скорее всего, связаны с повышением информированности оториноларингологов о показаниях к их назначению и об этиологии болей в горле. Часть пациентов, которым все же они были назначены, не наблюдала от них эффекта, другая часть отмечала снижение симптомов на время их приема, а затем наблюдалось быстрое возвращение симптомов, что, по нашему мнению, послужило развитию канцерофобии. Ею страдали 23 человека (24%). Консультация этих пациентов затягивалась из-за неоднократных просьб повторить осмотр из-за боязни наличия опухоли, особенно при наличии кома в горле. А. А. Казакова предложила алгоритм оказания помощи пациентам с «комом в горле», в котором предусмотрена консультация гастроэнтеролога при сочетании

этой жалобы с изжогой и наличием пахидермий в гортани [12].

Используя опросник ИСР, врач просит пациента оценить затруднение дыхания или эпизоды удушья. Однако этот пункт опросника не уточняет, затруднено ли у пациента носовое дыхание или есть ли затруднение дыхания через рот. В нашем исследовании 40 пациентов (42%), кроме типичных жалоб ЛФР, жаловались на затруднение носового дыхания, обусловленного отеком слизистой оболочки носа, подтвержденным данными объективного исследования носового дыхания. Все пациенты с затруднением носового дыхания одновременно жаловались на типичные симптомы ЛФР (осиплость, першение в горле, чувство кома или инородного тела, чрезмерное отхаркивание слизи или ее стекание из носа). 14 (15%) из них пользовались сосудосуживающими спреями, которые после антирефлюксной терапии им не понадобились. 5% пациентов жаловались на приступ удушья ночью, причем был затруднен вдох. Поэтому эти приступы удушья мы расценили как ларингоспазм еще и потому, что мы исключили из нашего исследования пациентов с бронхиальной астмой. Хотя этот симптом беспокоил всего 5 пациентов из 96, но на него стоит обращать внимание, так как во время него они просыпались, долго не могли уснуть из-за страха смерти от нехватки воздуха, что заставляет этих пациентов выполнять рекомендации.

В опроснике ИСР два пункта содержат вопросы о наличии кашля. Первый просит оценить кашель после еды или после перехода в горизонтальное положение, во втором пункте речь идет о мучительном надсадном кашле. Необходимо отметить, что оба пункта можно отнести и к легочным проявлениям ГЭРБ, и к ЛФР. В нашем исследовании, так как мы исключили пациентов с ХОБЛ, бронхиальной астмой, курильщиков, пациентов с ХРС и ОРС, а также пациентов с респираторной аллергией, возникновение кашля после еды или после перехода в горизонтальное положение, скорее всего, обусловлено созданием более легкого (в положении лежа и после еды) проникновения желудочного и/или дуоденального содержимого выше верхнего пищеводного сфинктера на слизистую оболочку трахеи, вызывающего рефлекторный кашель. А вот мучительный или надсадный кашель может быть обусловлен и раздражением слизистой оболочки трахеи желудочным содержимым, и стеканием слизи (она обнаружена у 86% пациентов) с гипертрофированной слизистой оболочки носоглотки (77%) или с гипертрофированной глоточной миндалины (20%). В свою очередь, эти изменения носоглотки произошли из-за постоянного раздражения ее слизистой оболочки рефлюктом.

Что касается нетипичных симптомов, которые беспокоят пациентов с ЛФР, то к ним относят-

ся чихание. Скорее всего, чихание – это результат воздействия рефлюктата на слизистую оболочку носоглотки и полости носа, вызывающего ее раздражение. Несмотря на небольшое количество пациентов, которые жаловались на жжение и горечь во рту, другие исследователи также описывают этот симптом при ЛФР [13]. В исследовании А. А. Мулдашевой было выявлено, что тонзиллолиты, которые были причиной неприятного запаха изо рта, после назначения антирефлюксной терапии у 95% пациентов не были обнаружены [14]. Возникновения жалоб со стороны ушей при ЛФР отмечают и другие исследователи [15].

Выявлено, что количественная оценка симптомов ЛФР по опроснику ИСР при возникновении рецидива (ИСР3) статистически значимо больше, чем во время включения в исследование (ИСР1). Медиана ИСР1 составила 18 [15; 24], а ИСР3 – 21 [17; 26]. Это увеличение баллов обусловлено появлением пищеводных симптомов (изжоги, отрыжки, болей в груди). Появление пищеводных симптомов при контрольном осмотре и при возникновении рецидива приводит к мысли о том, что ЛФР – это манифестация ГЭРБ. Возможно, это происходит из-за того, что слизистая оболочка пищевода гораздо лучше защищена от повреждающего действия рефлюктата в отличие от слизистой оболочки ЛОР-органов, которая не может совершать перистальтических движений, не содержит карбоангидразы, нейтрализующей соляную кислоту [16]. Слизистая оболочка ЛОР-органов не имеет такой защиты и начинает страдать намного быстрее, чем пищевод. А эзофагит развивается гораздо позже, чем симптомы ЛФР. При оценке жалоб и выяснении анамнеза мы обнаружили следующие характерные особенности, указывающие на наличие у пациентов ЛФР:

– наличие множества симптомов со стороны ЛОР-органов, страдают и гортань, и все отделы

глотки (гортаноглотка, ротоглотка, носоглотка), и даже слизистая оболочка полости носа;

– пациенты жалуются на частые «простудные» заболевания, но протекающие без повышения температуры тела, начинающиеся с симптомов глотки, а не носа;

– часто меняющаяся клиника; пациенты предъявляют за короткий промежуток времени жалобы, касающиеся разных ЛОР-органов;

– канцерофобия.

Выводы

ЛФР оказывает влияние на все ЛОР-органы: гортань, все отделы глотки (гортаноглотку, ротоглотку, носоглотку), полость носа, среднее ухо (слуховую трубу).

Кроме типичных симптомов ЛФР пациентов могут беспокоить: затруднение носового дыхания; желание пользоваться сосудосуживающими спреями; чихание при отсутствии респираторной аллергии; жжение и горечь во рту; неприятный запах изо рта, ощущаемый окружающими и ощущаемый только самим пациентом, обусловленный образованием тонзиллолитов; жалобы со стороны уха (боли, неприятные ощущения, дискомфорт в ушах, периодическую заложенность уха), не регистрируемые объективными методами исследования; ночные приступы удушья (затруднен вдох).

Назначения омепразола 20 мг за 30 мин до еды утром 1 раз в день в течение 6 недель статистически значимо уменьшает симптомы ЛФР.

23% пациентов с ЛФР страдают канцерофобией.

Требуется новый опросник для скрининг-диагностики ЛФР.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Kahrilas P. J., Shaheen N. J., Vaezi M. F. et al. American Gastroenterological Association Institute technical review on the management of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology*. 2008;135(4):1392-1413. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2008.08.044>
2. Практические рекомендации Всемирной гастроэнтерологической организации. Глобальные перспективы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. [Practical recommendations of the World Gastroenterological Organization. A global perspective on gastroesophageal reflux disease. Link active on 08/29/21. (In Russ.)] <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/gastroesophageal-reflux-disease/gastroesophageal-reflux-disease-gerd-russian>
3. Hunt R., Quigley E., Abbas Z., Eliakim A., Emmanuel A., Goh K. L. et al. Coping with common gastrointestinal symptoms in the community: a global perspective on heartburn, constipation, bloating, and abdominal pain/discomfort, May 2013. *J Clin Gastroenterol*. 2014;48(7):567-578. <https://doi.org/10.1097/MCG.000000000000141>
4. Vaezi M. F., Katzka D., Zerbib F. Extraesophageal Symptoms and Diseases Attributed to GERD: Where is the Pendulum Swinging Now? *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2018 Jul;16(7):1018-1029. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2018.02.001>
5. Belafsky P. C., Postma G. N., Koufman J. A. Validity and reliability of the reflux symptom index (RSI). *J Voice*. 2002;16(2):274-277. [https://doi.org/10.1016/s0892-1997\(02\)00097-8](https://doi.org/10.1016/s0892-1997(02)00097-8)

6. Кокорина В. Э. Диагностика и лечение заболеваний ЛОР-органов, обусловленных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью: автореф. дис. ... докт. мед. наук. Хабаровск, 2010. [Kokorina V. E. Diagnostics and treatment of diseases of the ENT organs caused by gastroesophageal reflux disease. Dissertation abstract. Khabarovsk, 2010 (In Russ.)] <https://medical-diss.com/medicina/diagnostika-i-lechenie-zabolevaniy-lororganov-obuslovlennyh-gastroezofagealnoy-reflyuksnoy-boleznyu-1> (Available at 28/12/21)
7. Рябова М. А., Шумилова Н. А., Георгиева Л. В., Тишков А. В. Скрининговый способ диагностики фаринголарингеального рефлюкса. *Consilium Medicum*. 2021;23(3):236–239 [Ryabova M. A., Shumilova N. A., Georgieva L. V., Tishkov A. V. Screening method for diagnosis of pharyngolaryngeal reflux. *Consilium Medicum*. 2021;23(3):236–239 (In Russ.)] <https://doi.org/10.26442/20751753.2021.3.200646>
8. Belafsky P. C., Postma G. N., Koufman J. A. The validity and reliability of the reflux finding score (RFS). *Laryngoscope*. 2001;111(8):1313-7. <https://doi.org/10.1097/00005537-200108000-00001>
9. Schenk B., Kuipers E., Klinkenberg-Knol E. et al. Omeprazole as a diagnostic tool in gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol*. 1997 Nov;92(11):1997-2000. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9362179/>
10. Савлевич Е. Л., Козлов В. С., Анготоева И. Б. Современные представления о роли небных миндалин в системе иммунитета и анализ применения иммунотропных препаратов при хроническом тонзиллите. *Российская оториноларингология*. 2018;(6):8–55 [Savlevich E. L., Kozlov V. S., Angotoeva I. B. The present-day views of the role of palatine tonsils in the immune system and analysis of application of immunotropic drugs in chronic tonsillitis. *Rossiyskaya otorinolaringologiya*. 2018;(6):48-55 (In Russ.)] <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2018-6-48-55>
11. Козлов С. Н., Стречунский Л. С., Рачина С. А. Фармакотерапия острого тонзиллофарингита в амбулаторной практике: результаты многоцентрового фармакоэпидемиологического исследования. *Терапевтический архив*. 2004;79(5):45-51 [Kozlov S. N., Strachunsky L. S., Rachina S. A. Pharmacotherapy of acute tonsillopharyngitis in outpatient practice: Results of a multicenter pharmacoepidemiological study. *Terapevticheskij arkhiv. =Therapeutic archive*. 2004;79(5):45-51. (In Russ.)] <https://ter-arkhiv.ru/0040-3660/issue/view/1695>
12. Казакова А. А. Лечебно-диагностическая тактика при симптомо-мокомплексе «кома в горле». *Российская ринология*. 2015;2:53–58. [Kazakova A. A. Diagnostis and treating measures in patients with «Globus Sensation». *Rossiyskaya Rinologiya*. 2015;2: 53-58. (In Russ.)]. Available at http://www.entru.org/files/j_rus_LOR_3_2015.pdf
13. Lechien J. R., Bobin F., Muls V., Thill M.P., Horoi M., Ostermann K. et al. Validity and Reliability of the Reflux Symptom Score. *Laryngoscope*. 2020;130(3):E98-E107. <https://doi.org/10.1002/lary.28017>
14. Анготоева И. Б., Мулдашева А. А. Повышение эффективности ранней диагностики ларингофарингеального рефлюкса. *Вестник оториноларингологии*. 2015;80(1):60–62 [Angotoeva I. B., Muldasheva A. A. The enhancement of the efficacy of early diagnostics of laryngopharyngeal reflux. *Vestnik Oto-Rino-Laringologii*. 2015;80(1):60-62. (In Russ.)] <https://doi.org/10.17116/otorino201580160-62>
15. Lechien J. R., Bobin F., Muls V., Mouawad F., Darpi G. et al. Changes of Laryngeal and Extralaryngeal Symptoms and Findings in Laryngopharyngeal Reflux Patients. *Laryngoscope*. 2021;131(6):1332-1342. <https://doi.org/10.1002/lary.28962>
16. Mudd P. A. RefluxLaryngitis. Medscape. Link active on 08/29/21. <http://emedicine.medscape.com/article/864864-overview>

Информация об авторах

✉ **Анготоева Ирина Борисовна** – кандидат медицинских наук, доцент, кафедра оториноларингологии, Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования (125993, Россия, Москва, Баррикадная ул., д. 2/1, стр. 1); e-mail: angotoeva@mail.ru

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6247-619X>

Щепкина Елена Викторовна – кандидат социологических наук, заместитель начальника отдела статистики и сводного контингента Учебно-методического управления в Президентской академии – Российская академия народного хозяйства и государственной службы при президенте Российской Федерации (119571, Россия, Москва, пр. Вернадского, д. 82); директор по статистике, Техдепартамент (141407, Россия, Химки, ул. Германа Титова, д. 2, к. 1); e-mail: elenaschepkina@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2079-1482>

Магомедова Мадина Магомедовна – ординатор 2-го года, кафедра оториноларингологии, Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования (125993, Россия, Москва, Баррикадная ул., д. 2/1, стр. 1); e-mail: madina.02.98@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4326-2548>

Information about authors

✉ **Irina B. Angotoyeva** – MD Candidate, Associate Professor of Otorhinology Department, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education (bild. 1, 2/1, Barricade str., Moscow, Russia, 125993); e-mail: angotoeva@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6247-619X>

Elena V. Shchepkina – Candidate of Sociological Sciences, Deputy Head of Statistics and Consolidated Contingent Department, Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (82, Prospect Vernadskogo, Moscow, Russia, 119571), Director of statistics Limited Liability Company „Techdepartament“ (2, bldg1, Herman Titov str., Khimki, Russia, 141407); e-mail: elenaschepkina@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2079-1482>

Madina M. Magomedova – Resident Second Year of Education, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education (bild. 1, 2/1, Barricade str., Moscow, Russia, 125993); e-mail: madina.02.98@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4326-2548>