

На правах рукописи

Погосова Ирина Евгеньевна

**ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГОРТАНИ И
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ И
ФАРИНГОЛАРИНГЕАЛЬНЫМ РЕФЛЮКСОМ У ДЕТЕЙ.**

14.01.03 – болезни уха, горла и носа

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва, 2013.

Работа выполнена в ГБОУ ВПО Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор Солдатский Юрий Львович

Официальные оппоненты:

Косяков Сергей Яковлевич доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой оториноларингологии ГБОУ ДПО «Российская
медицинская академия постдипломного образования» Минздрава России.

Кирасирова Елена Анатольевна доктор медицинских наук, руководитель
отдела реконструктивной хирургии полых органов шеи ГБУЗ «Московский
научно-практический центр оториноларингологии» им. Л.И. Свержевского
Департамента здравоохранения города Москвы.

Ведущая организация:

ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический
институт им. М.Ф.Владимирского.

Защита диссертации состоится « **27** » **мая 2013** г. в 14.00 часов на заседании
Диссертационного совета Д 208.040.14. при ГБОУ ВПО Первый МГМУ им.
И.М. Сеченова Минздрава России по адресу: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая,
д.8 стр. 2

С диссертацией можно ознакомиться в Центральной научной медицинской
библиотеке ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
по адресу: 117997, г. Москва, Нахимовский пр., д.49

Автореферат разослан « ____ » _____ 2013 г

Ученый секретарь

Диссертационного совета

Платонова Валентина Вениаминовна

Актуальность исследования.

Высокая распространенность хронической патологии гортани у детей, сложность ее диагностики, лечения и, особенно, реабилитации, обусловлена различными факторами, в том числе связанными с патологией желудочно-кишечного тракта. По данным литературы, у детей взаимосвязь и влияние кислото-зависимой патологии ЖКТ на развитие хронической патологии гортани, по прежнему, остаются мало изученными [J.A.Koufman, 1991, J.E.Richter, 2005г., В.Э.Кокорина, 2010]. В большинстве случаев заподозрить ГЭРБ позволяют характерные пищеводные симптомы - изжога и ощущение регургитации. Однако у части пациентов заболевание имеет не типичные проявления, т.е. внепищеводные [О.П.Алексеева и соавт., 2006, В.Ф.Приворотский и соавт., 2004, А.И.Хавкин и соавт., 2008].

В детском возрасте наиболее часто встречаются внепищеводные симптомы ГЭРБ со стороны бронхолёгочной системы и ЛОР-органов [В.Ф.Приворотский и соавт., 2004]. Одним из механизмов возникновения подобной симптоматики является прямой контакт слизистой оболочки верхних и нижних дыхательных путей с желудочным или желудочно-кишечным содержимым вследствие заброса его выше верхнего пищеводного сфинктера, то есть внепищеводного (фаринголарингеального) рефлюкса (ФЛР). Встречаемость ФЛР у детей при ЛОР-патологии в настоящее время точно неизвестна [P.Stavroulaki, 2005]. По результатам зарубежных исследований, опубликованных с 1979 по 2002 год, установлено, что разброс частоты рефлюкса у детей с симптомами со стороны верхних дыхательных путей составил от 27 до 100% [K.W.Rosbe et al., 2003]. Это связано, скорее всего, с отсутствием единых диагностических критериев ФЛР, в отличие от установленных с помощью [суточной рН-метрии пищевода](#) нормативов по ГЭРБ [T.R.DeMeester et al., 1980]. Кроме того, в последнее время ФЛР рассматривают как отдельную нозологию, которая по механизмам развития, клиническим

проявлениям, методам диагностики и лечения отличается от ГЭРБ [J.A.Koufman et al., 2005, C.N.Ford, 2005, P.Stavroulaki, 2005].

Несмотря на весьма вероятное влияние различных вариантов кислото-зависимой патологии желудочно-кишечного тракта на возникновение и затяжное течение ассоциированной ЛОР-патологии, в первую очередь – гортани и глотки, исследования, посвящённые этой проблеме в педиатрии, единичны и проведены с участием небольшого количества пациентов (до 20-30 детей) [A.Hebra, 2003., J.A.Koufman, P.W.Dettmar,2005].

Всё вышеуказанное обуславливает как актуальность проблемы, так и необходимость изучения частоты различных вариантов рефлюксной болезни и её влияния на течение заболевания у детей, страдающих хронической патологией гортани.

Цель исследования: для повышения эффективности лечения детей, страдающих хронической патологией гортани, изучить клинические взаимосвязи между ларингеальной патологией и кислото-зависимыми заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Задачи исследования:

1. Разработать методику одновременной суточной рН-метрии гортанной части глотки и пищевода;
2. Изучить частоту и клинические варианты ГЭРБ у детей с различной хронической патологией гортани (рецидивирующий респираторный папилломатоз, рубцовый стеноз гортани, функциональная дисфония, узелки голосовых складок);
3. Выявить частоту и клинические особенности патологии гортани и глотки у детей с ранее инструментально подтвержденной и исключенной ГЭРБ.
4. Изучить влияние антирефлюксной терапии у детей с ранее инструментально подтвержденной ГЭРБ на клиническое течение сопутствующей хронической патологии глотки и гортани.

Научная новизна:

Разработана методика одновременной [24-часовой рН-метрии пищевода и гортаноглотки](#), позволяющая инструментально выявить ГЭРБ и ФЛР.

Впервые выявлено наличие трех вариантов ГЭРБ (изолированная ГЭРБ, внепищеводная ГЭРБ [сочетание ГЭРБ и ФЛР] и ФЛР) у детей с хронической патологией гортани.

Впервые выявлены клинические особенности и частота патологии желудочно-кишечного тракта у детей с хроническими заболеваниями гортани.

Впервые изучены особенности состояния гортани и глотки у детей с инструментально подтвержденной ГЭРБ.

Впервые выявлены клинические корреляции между внепищеводным ГЭРБ и развитием рубцового стеноза гортани у детей, страдающих рецидивирующим респираторным папилломатозом.

Научно-практическая значимость:

Разработан и внедрен в клиническую практику метод одновременной трехканальной суточной рН-метрии у детей с хронической патологией гортани.

Разработаны и внедрены в клиническую практику алгоритмы обследования детей с хронической патологией гортани для выявления патологии ЖКТ.

Своевременное выявление и патогенетическое лечение сопутствующей кислото-зависимой патологии желудочно-кишечного тракта позволяет повысить эффективность реабилитации детей с узелками голосовых складок и функциональной дисфонией, улучшает эффективность хирургического устранения рубцового стеноза гортани и позволяет предупредить развитие рубцового стеноза у детей, нуждающихся в повторных операциях по удалению папиллом гортани, что является профилактикой их дополнительной инвалидизации.

Положения, выносимые на защиту:

Существует особая форма гастроэзофагеальной рефлюксной болезни - ФЛР, то

есть заброс желудочного или желудочно-кишечного содержимого в гортаноглотку, вызывающий патологические изменения гортани и глотки. Несвоевременное выявление и коррекция ГЭРБ и ФЛР является причиной низкой эффективности лечения и реабилитации детей страдающих хронической патологией гортани и глотки.

Для диагностики ГЭРБ и ФЛР у детей с хронической патологией гортани необходимо применять метод одновременной суточной рН-метрии с расположением датчиков в гортаноглотке и пищеводе.

Внедрение результатов исследования в практику:

Результаты исследования внедрены в клиническую практику 12 (ЛОР) и гастроэнтерологического отделений ДГКБ св. Владимира, а также используются при обучении клинических интернов, ординаторов и аспирантов кафедры Болезней уха, горла и носа Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

Апробация работы:

Материалы диссертации доложены и обсуждены на: IV Научно-практической конференции «Фармакологические и физические методы лечения в оториноларингологии» (Москва, 2006); XVII Съезде оториноларингологов России (Н.Новгород, 2006); Всероссийской научно-практической конференции «Стандартизация в оториноларингологии» (Санкт-Петербург, 2007); IX Международном Славяно-балтийском научном форуме «Санкт-Петербург-Гастро-2007» (Санкт-Петербург, 2007); VI Всероссийской научно-практической конференции «Наука и практика в оториноларингологии» (Москва, 2007); 30 Российской гастроэнтерологической неделе (Москва, 2007); II Пленуме Правления Российского общества оториноларингологии «100 лет российской оториноларингологии: достижения и перспективы» (Санкт-Петербург, 2008); X Юбилейном Славяно-Балтийском научном форуме «Санкт-Петербург – Гастро-2008» (Санкт-Петербург, 2008); 8-th International Conference of the European Society of Paediatric Otorhinolaryngology (Budapest, 2008); Научно-практической

конференции оториноларингологов ЦФО РФ «Актуальные проблемы оториноларингологии» (Москва 2008); VII Российской ежегодной конференции оториноларингологов «Наука и практика в оториноларингологии» (Москва, 2008); XXXI Итоговой конференции молодых ученых МГМСУ (Москва, 2008); Всероссийской научно-практической конференции «Новые технологии диагностики и лечения в оториноларингологии» (Санкт-Петербург, 2009); VIII Всероссийской научно-практической конференции оториноларингологов «Наука и практика в оториноларингологии» (Москва, 2009).

Апробация диссертации состоялась 3 февраля 2012 г. на заседании кафедры болезней уха, горла и носа Первого МГМУ им. И.М Сеченова.

Личный вклад автора:

Автору принадлежит ведущая роль в выборе направления исследования, анализе и обобщении полученных результатов. В работах, выполненных в соавторстве, автором лично проведено моделирование процессов, мониторинг основных параметров, аналитическая и статистическая обработка, научное обоснование и обобщение полученных результатов. Вклад автора является определяющим и заключается в непосредственном участии на всех этапах исследования: от постановки задач до обсуждения результатов в научных публикациях и докладах и их внедрении в практику.

Публикации:

По материалам диссертационной работы опубликовано 20 печатных работ, из них 6 – в журналах, входящих в перечень Высшей аттестационной комиссии Министерства образования и науки Российской Федерации.

Объем и структура работы: Диссертация изложена по общепринятому плану и состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 119 источников, в том числе 15 отечественных, и 104 зарубежных. Работа изложена на 122 страницах, иллюстрирована 17 таблицами и 45 рисунками.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клиническая характеристика пациентов.

Проведено клиническое и инструментальное обследование 166 детей в возрасте от 5 до 16 лет ($12,0 \pm 2,6$). В эту совокупную группу вошли дети, страдающие хронической патологией ЖКТ с подтвержденной и исключенной ГЭРБ, хроническими заболеваниями гортани или сочетанием этих нозологий.

В оториноларингологическую группу вошли 103 ребенка в возрасте от 6 до 16 лет ($11,8 \pm 2,4$) с различными заболеваниями гортани: хронической охриплостью, вызванной функциональной дисфонией и узелками голосовых складок (ХО) - 46 детей; приобретённым рубцовым стенозом гортани и трахеи (РС) – 19; рецидивирующим респираторным папилломатозом (РРП) – 38 детей. В гастроэнтерологическую группу вошли 63 ребенка в возрасте от 5 до 16 лет ($12,3 \pm 2,7$): с инструментально подтвержденной ГЭРБ (по данным суточной рН-метрии желудка и пищевода) - 39 больных и 24 – с исключенной ГЭРБ.

Всем без исключения детям, включенным в исследование, проводилось эндоскопия гортани и [суточная рН-метрия гортаноглотки и пищевода](#). Эндоскопическое исследование гортани и глотки производили с помощью фиброриноларингоскопа «Pentax FNL-7RP3». В отоларингологической группе это исследование было основным в постановке диагноза хронической патологии гортани. У детей с РРП диагноз подтверждался гистологически. Эндоскопическими признаками ФЛР считали гиперемию и отёк слизистой оболочки черпаловидных хрящей и межчерпаловидной области, гиперемию задних отделов голосовых складок, псевдоборозду голосовых складок, воспалительные валики в подскладковом отделе, пахидермию. [Суточное многоканальное рН-мониторирование](#) производили с помощью [ацидогастромонитора «Гастроскан 24»](#). В исследовании использовались [трансназальные рН-зонды](#) (Г-24-Д1, Г-24-Д2, Г-24-Д3, Г-24-Д4) с наружным диаметром не более 2,2 мм и тремя измерительными электродами. Выбор рН-

зонда определялся физическим развитием пациента. Перед каждым исследованием зонды калибровали с использованием стандартных буферных растворов (рН=1,65; 4,01; 6,86; 9,18). Дистальный измерительный электрод устанавливали в пищеводе выше нижнего пищеводного сфинктера. Проксимальный электрод под контролем фиброларингоскопии устанавливали в гортанной части глотки на 2-5 мм ниже черпаловидных хрящей, т.е. выше верхнего пищеводного сфинктера. Средний электрод располагался в средней трети пищевода. После окончания исследования прибор подключался к компьютеру, который обрабатывал полученные данные с помощью стандартного программного обеспечения (НПП «Исток-система»). Вывод информации по каждому пациенту осуществлялся в графическом и текстовом режимах.

При определении патологического гастроэзофагеального рефлюкса использовались нормативные показатели по T.R.DeMeester, 1992. Для выявления фаринголарингеального рефлюкса по результатам суточного рН-мониторирования в гортаноглотке мы ориентировались на данные G.N.Postma, 2000 и J.A.Koufman, 2005, которые считают признаками ФЛР при наличии патологии гортани один и более забросов в гортаноглотку с рН < 4,0 в вертикальном или горизонтальном положении тела, а у детей без патологии гортани – 4 и более эпизодов рефлюкса в гортаноглотку с рН < 4,0 за сутки.

По показаниям выполнялись следующие методы исследования: эзофагогастродуоденоскопия, рентгеноконтрастное исследование пищевода, УЗИ органов брюшной полости, рентгенография придаточных пазух носа, гортани и трахеи, а также ультразвуковое исследование гортани.

Результаты собственных исследований и их обсуждение.

По результатам проведенного исследования выявлено 3 варианта патологии ЖКТ: изолированная ГЭРБ (ИГЭРБ) (т.е. патологическое проникновение кислого и /или щелочного рефлюктата из желудка в пищевод

выше нижнего пищеводного сфинктера, но ниже верхнего пищеводного сфинктера); внепищеводная ГЭРБ (ВГЭРБ) (т.е. регургитация желудочного содержимого не только в пищевод, но и в гортаноглотку [сочетание ГЭРБ и ФЛР]); и ФЛР, т.е. заброс желудочного содержимого выше верхнего пищеводного сфинктера в гортаноглотку (Рисунки 1 – 3).

Рисунок 1. *Изолированная ГЭРБ.*

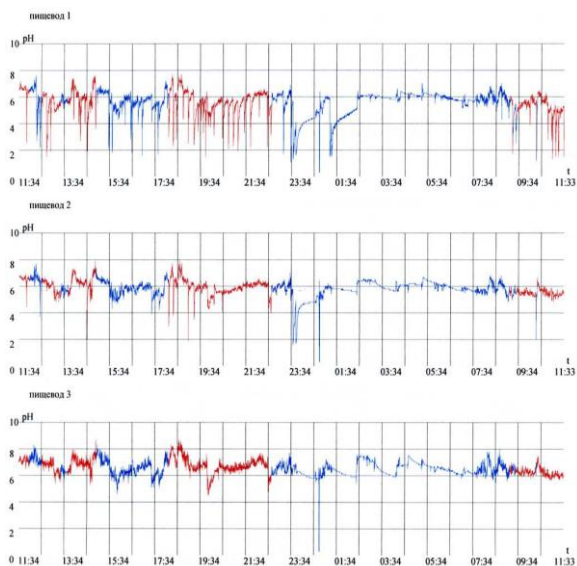


Рисунок 2. *Внепищеводная ГЭРБ.*

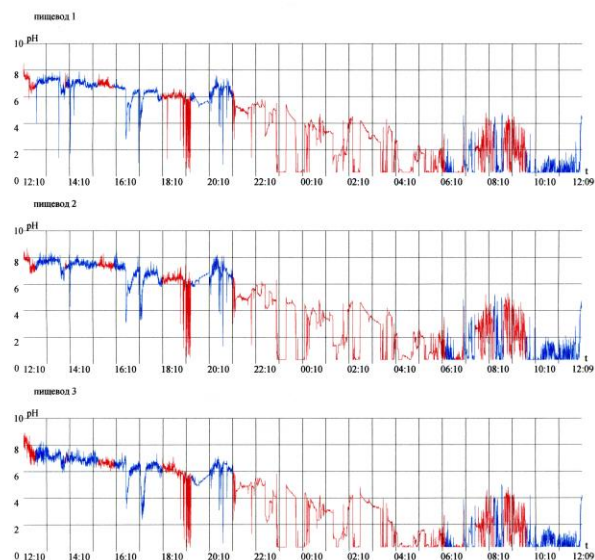
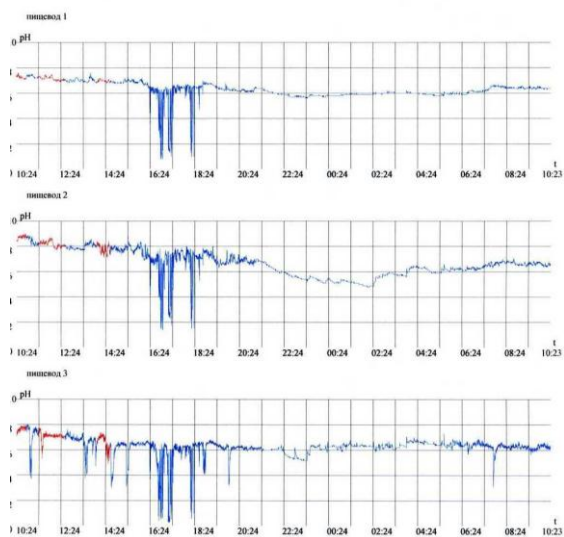


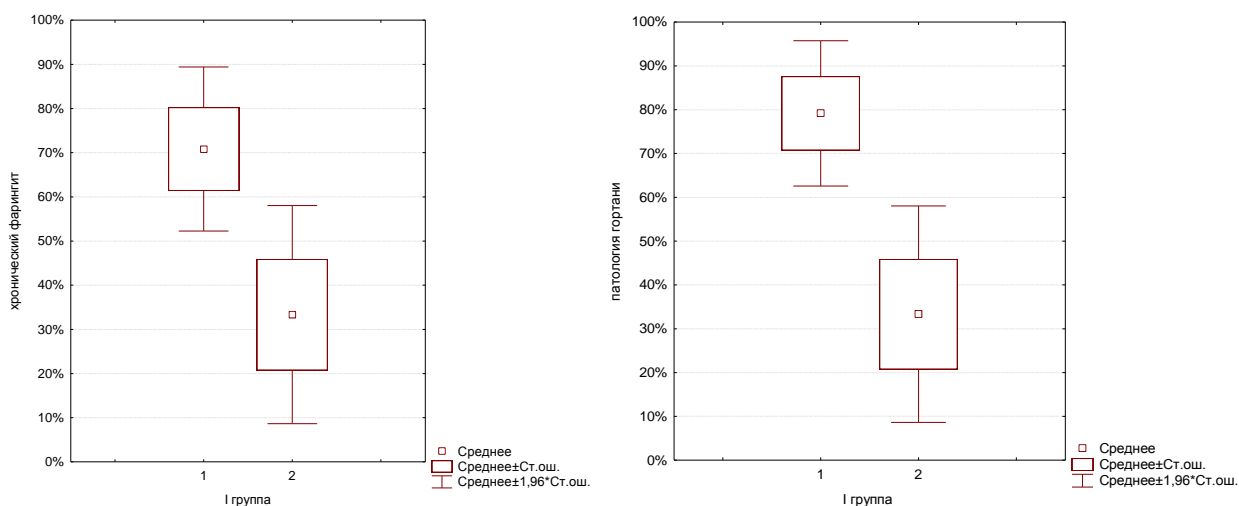
Рисунок 3. *ФЛР*



Представлены графики 24-часового рН-мониторирования гортанной части глотки и пищевода, полученные при обследовании больных с помощью ацидогастромонитора «Гастроскан 24». Для каждого рисунка – верхний график – данные дистального электрода (нижняя треть пищевода), средний график – данные электрода, расположенного в средней трети пищевода, нижний график – данные проксимального электрода, расположенного в гортанной части глотки выше верхнего пищеводного сфинктера, но ниже черпаловидных хрящей.

Среди детей гастроэнтерологической группы, в зависимости от выявленной патологии, больные были разделены на: I группа- 39 детей с ГЭРБ; II группа - 24 больных, у которых диагноз ГЭРБ был исключен. У детей I группы диагностировали 2 варианта ГЭРБ: ИГЭРБ была обнаружена у 15 (38,4%), ВГЭРБ - у 24 (61,5%) больных. Хроническая патология глотки диагностирована у 23 (58,9%) детей I группы и у 9 детей (37%) II группы ($p > 0,05$). Среди детей I группы хронический фарингит выявили у 21 (53,8%); во II группе – у 8 (33,3%). В зависимости от наличия или отсутствия ВГЭРБ у детей I группы, была получена достоверная разница ($p=0,012$) в частоте развития хронического фарингита: если подгруппе детей с ИГЭРБ хронический фарингит обнаружили у 1/3 пациентов, то среди больных с ВГЭРБ хронический фарингит диагностировали у 70,8% (Рисунок 4).

Рисунок 4. Частота развития хронического фарингита и хронической патологии гортани у детей I группы в зависимости от варианта ГЭРБ*.



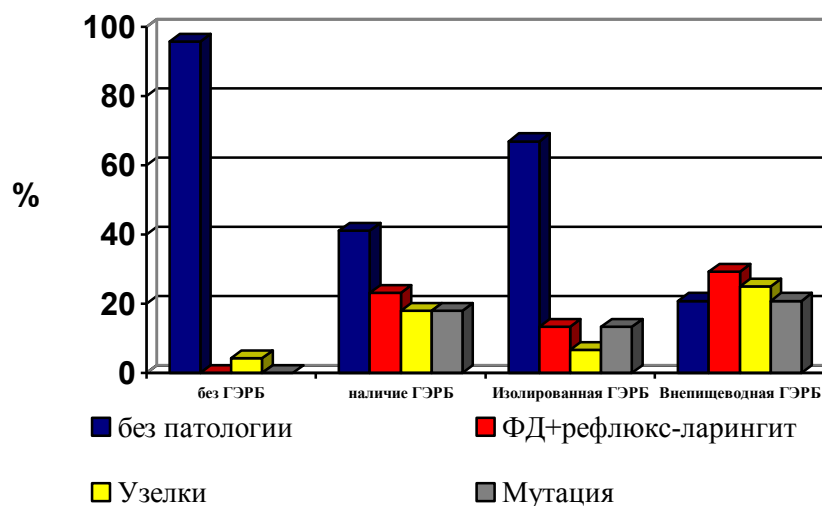
* *Примечание: 1-больные с ВГЭРБ.*

2-больные с ИГЭРБ.

Среди пациентов I группы хроническая патология гортани, по данным эндоскопического исследования, выявлена у 23 (58,9%). Среди пациентов II группы хроническая патология гортани диагностирована лишь у 1 (4,1%) ребенка ($p < 0,001$). В зависимости от варианта ГЭРБ у детей I группы получены следующие результаты: среди пациентов с ИГЭРБ, сочетанная патология

гортани обнаружена только у 5 (33,3%). У детей с ВГЭРБ патология гортани выявлена у 18 (75%) больных ($p = 0,0033$). Суммарно, полученные данные о частоте развития патологии гортани представлены на Рисунке 5.

Рисунок 5. Частота выявления хронической патологии гортани у детей с хронической патологией желудочно-кишечного тракта в зависимости от отсутствия или наличия ГЭРБ и ее варианта.



Влияние антирефлюксной терапии на эффективность лечения патологии глотки и гортани у детей, страдающих ГЭРБ, было изучено у больных I группы. Лечение проводилось в условиях гастроэнтерологического стационара. В катamnезе в сроке от 10 до 12 месяцев удалось обследовать 25 детей. По данным повторного обследования нормализация данных 24-часового рН-мониторирования пищевода и гортаноглотки произошла у 15 (60%) больных; положительная динамика (уменьшение длительности и выраженности эпизодов рефлюкса, переход внепищеводной формы в изолированную, отсутствие эндоскопических признаков эзофагита) - у 6 (24%); без выраженной динамики - у 4 (16%) пациентов. При осмотре в катamnезе отсутствовали жалобы, характерные для патологии глотки и гортани, произошла нормализация эндоскопической картины у 13 (52%) пациентов; положительная динамика

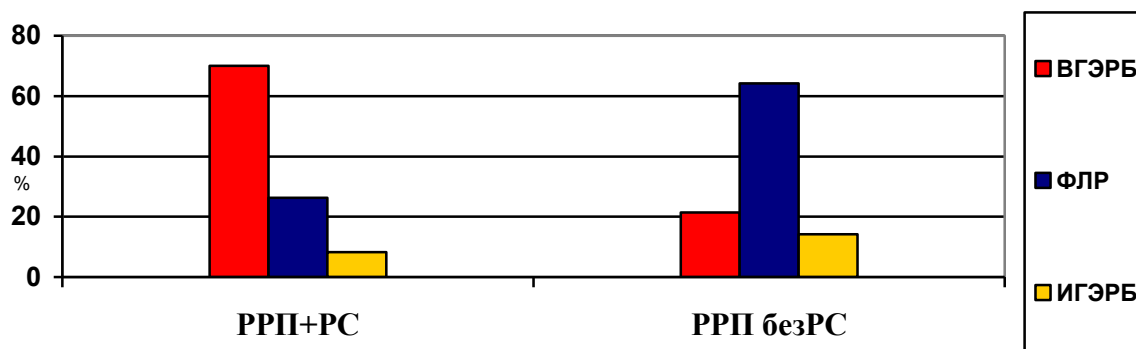
обнаружена у 7 (28%); сохранялась патология ЛОР-органов - у 5 (20%) детей.

Таким образом, на основании наших данных, можно утверждать, что развитие хронической патологии глотки и гортани с высокой степенью достоверности коррелирует с наличием у ребенка внепищеводного варианта ГЭРБ (коэффициент корреляции $r = 0,45$, $p < 0,01$). При этом нормализация состояния пищевода, по данным 24-часового рН-мониторирования, клинически коррелирует с нормализацией состояния глотки и гортани.

Оториноларингологическая группа больных. Среди 38 детей в возрасте от 7 до 16 лет (в среднем - $11,6 \pm 2,3$), страдающих РРП (диагноз во всех случаях был подтвержден гистологически), сопутствующий рубцовый стеноз гортани различной степени выраженности диагностирован у 24 (63,2%). У всех детей, страдающих РРП, обнаружена кислото-зависимая патология ЖКТ. При этом выявлено все 3 варианта патологии: ИГЭРБ выявлена у 4 (10,5%) пациентов; ВГЭРБ - у 20 (52,7%); ФЛР - у 14 (36,8%) больных. Таким образом, наличие эпизодов рефлюкса кислого желудочного содержимого в гортанную часть глотки зафиксировано у 34 (89,5%) из 38 пациентов с РРП. При этом, при выявлении специфических гастроэнтерологических жалоб обнаружено, что у 19 (50,1%) пациентов отсутствовали жалобы, свидетельствующие о наличии патологии желудочно-кишечного тракта.

В зависимости от наличия или отсутствия рубцового стеноза гортани (РСГ), вызванного повторными эндоларингеальными операциями по поводу удаления папиллом, больные группы РРП были разделены на 2 подгруппы: больные у которых выявлен РСГ и без РСГ. По данным 24-часовой рН-метрии пищевода и гортаноглотки в группе с РСГ преобладали больные с ВГЭРБ, которая была выявлена у 17 (70%), в группе без РСГ - ВГЭРБ выявлена только у 3 (21,4%). В тоже время ФЛР выявлен у 9 (64,2%) в группе без РСГ, а у больных с РСГ - ФЛР обнаружен лишь у 5 (26,3%). ИГЭРБ в группе с РСГ выявлена у 2 (14,2%), в группе без РСГ тоже у 2 (8,3%) человек (Рисунок 6).

Рисунок 6. Частота выявления различных вариантов ГЭРБ у больных РПИ с и без сопутствующего рубцового стеноза гортани.



Корреляционный анализ показал, что для больных с рубцовым стенозом, вызванным повторными операциями по поводу удаления папиллом гортани, характерно наличие ВГЭРБ: (среди 24 детей с рубцовым стенозом этот вариант патологии диагностирован у 17 (70%)), что подтверждается статистически достоверной корреляцией между этими признаками (коэффициент корреляции $r = 0,34$; $p < 0,05$).

В подгруппе РСГ было обследовано 19 детей в возрасте от 6 до 15 лет (в среднем - $10,8 \pm 2,7$). У всех больных развитие рубцового стеноза гортани было связано с ранее проводившейся интубацией гортани и трахеи. При выявлении специфических гастроэнтерологических жалоб обнаружено, что 10 (52,6%) больных жалоб не предъявляли. Характерный симптом ГЭРБ - изжога выявлен только у 1 (5,2%) больного, жалобы на боли в животе были отмечены у 4 (21,3%), отрыжка - у 3 (15,7%), ощущение горечи во рту отмечено у 1 (5,2%) пациента. По данным суточной рН-метрии пищевода и гортаноглотки наличие ГЭРБ и ФЛР обнаружено у всех 19 (100%) больных: у 13 (68,4%) – выявлена ВГЭРБ; по 3 (15,8%) ребенка – ИГЭРБ и ФЛР. Таким образом, наличие эпизодов рефлюкса кислого желудочного содержимого в гортанную часть глотки зафиксировано у 16 (84,2 %) из 19 пациентов.

Среди 46 детей, страдающих хронической охриплостью (ХО), в возрасте от 8 до 15 лет (в среднем - $13,0 \pm 1,6$) причинами, приводящими к охриплости являлись: узелки голосовых складок – у 25 (54,3%); функциональная дисфония – у 14 (30,4%); затянувшаяся мутация - у 7 (15,3%). При выявлении гастроэнтерологических жалоб обнаружено, что 26 (56,5%) детей жалоб не предъявляли. Изжога выявлена у 1 (2,3%) ребенка, жалобы на боли в животе были отмечены у 17 больных (36,3%), в том числе у 4 из них – в сочетании с изжогой, отрыжка - у 2 (4,3%) пациентов. По данным суточной рН- метрии пищевода и гортаноглотки у 7 (15,2%) больных патологии не выявлено. У наибольшего числа больных - 22 (47,8%) выявлена ВГЭРБ. ИГЭРБ диагностирована у 9 (19,6%) детей, ФЛР - у 8 (17,4%). Сравнивая подгруппы с различными вариантами ГЭРБ у детей с ХО, по числу кислых рефлюксов в пищевод выявлена статистически достоверная разница между подгруппами ИГЭРБ и ФЛР и между ВГЭРБ и ФЛР, а по числу рефлюксов в гортаноглотку - между ВГЭРБ и ИГЭРБ и между ФЛР и ИГЭРБ. (Рисунок 7). Таким образом, наличие эпизодов рефлюкса кислого желудочного содержимого в гортанную часть глотки зафиксировано у 30 (65,1%) из 46 пациентов.

При сравнении особенностей кислотозависимой патологии желудка в подгруппах детей с различными формами патологии гортани выявлено, что во всех группах больше половины детей жалоб не предъявляли. Более подробная характеристика жалоб представлена в Таблице 1. Как следует из представленных данных, гастроэнтерологических жалоб не предъявляли 53,4% обследованных (55 больных).

Анализируя встречаемость различных вариантов рефлюксной болезни, следует отметить, что чаще всего во всех группах была выявлена ВГЭРБ (Таблица 2). Наличие ФЛР выявлялось чаще всего в группе РРП - у 14 (36,8%) детей, в группах РСГ и ХО ФЛР встречался в примерно одинаковом проценте случаев (РСГ - 15,8%; ХО - 17,4%). ИГЭРБ, по данным суточной рН - метрии,

Рисунок 7. Сравнение подгрупп с различными вариантами патологического ГЭР у детей с ХО по числу рефлюксов с pH<4 в пищеводе и гортаноглотке.

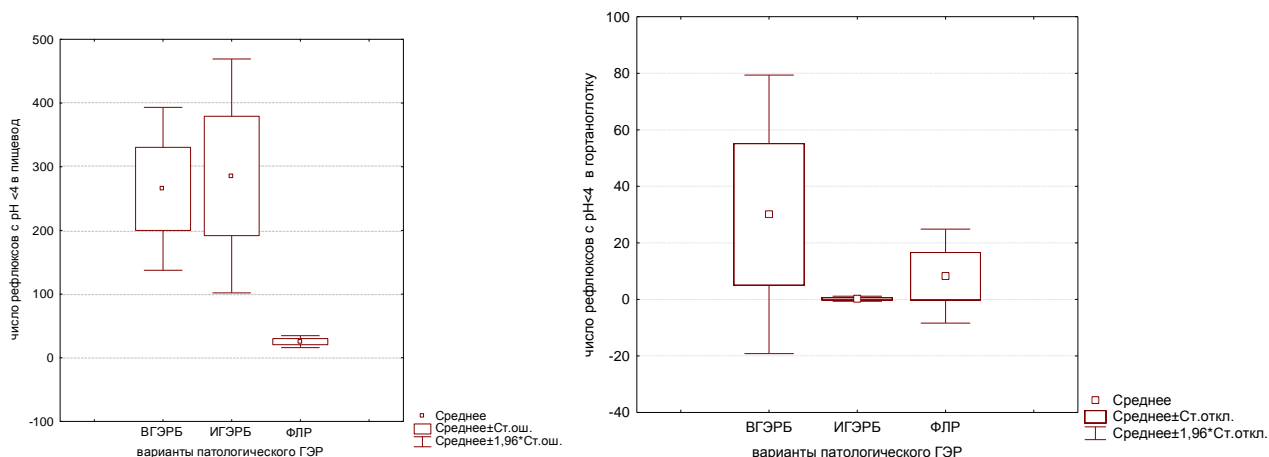


Таблица 1. Особенности гастроэнтерологических жалоб*

Форма патологии гортани	Жалоб не предъявляли (%)	Боль в животе (%)	Изжога (%)	Отрыжка (%)	Другие (%)
РРП	50,1	31,5	18,4	15,7	5,2
РСГ	52,6	21,3	5,2	15,7	5,2
ХО	56,5	36,9	2,3	4,3	0

* - статистически достоверной разницы между группами не получено, $p > 0,05$

Таблица 2. Форма кислотозависимой патологии ЖКТ в группах больных по данным 24-часовой рН-метрии.

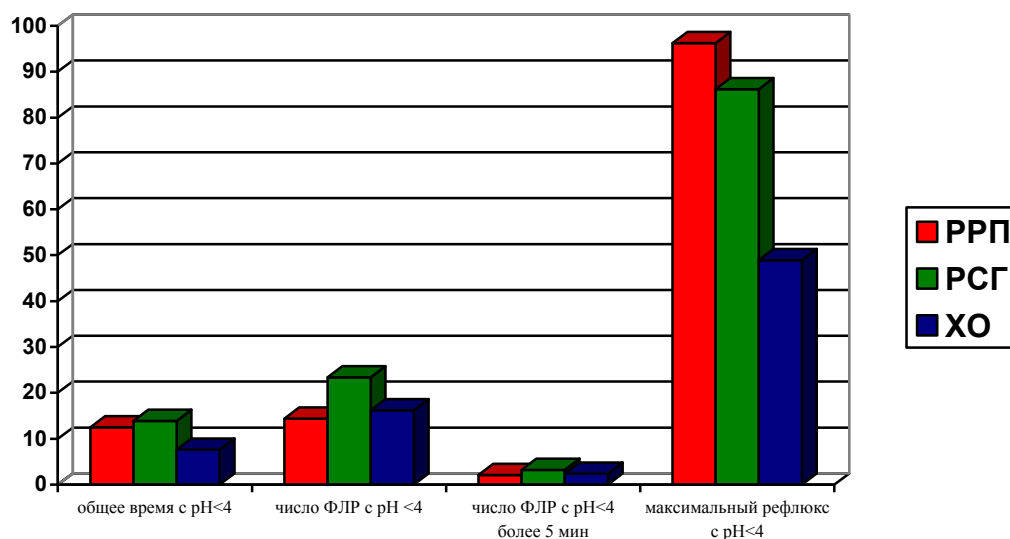
Форма патологии гортани (n)	ИГЭРБ n (%)	ВГЭРБ n (%)	ФЛР n (%)	Нет патологии n (%)
РРП (n = 38)	4 (10,5%)	20 (52,7%)	14 (36,8%)	0
РСГ (n = 19)	3 (15,8%)	13 (68,4%)	3 (15,8%)	0
ХО (n = 46)	9 (19,6%)	22 (47,8%)	8 (17,4%)	7 (15,2%)
РРП : РСГ	p=0,01			
РРП : ХО	p=0,0005			
РСГ : ХО	p=0,01			

наиболее часто встречался в группе ХО - 9 (19,6%). Патологии не выявлено только в группе ХО лишь у 7 (15,2%) детей.

Эндоскопические признаки ГЭРБ (рефлюкс-эзофагит) выявлены у большинства пациентов во всех группах: в группе с ХО - у 17 детей (68% от 25 обследованных), в группе с РРП - у 7 (70% от 10 обследованных), в группе с РСГ - у 4 (66,6% от 6 обследованных) детей.

При сравнении средних значений отдельных показателей суточного рН-мониторирования в пищеводе и гортаноглотке во всех группах было отмечено статистически достоверное отличие от нормативов ($p < 0,05$). При этом следует отметить, что число кислых рефлюксов в пищеводе было наибольшим в группе ХО, но продолжительность рефлюксов более 5 минут и максимальная продолжительность рефлюкса были наибольшими в группе с РРП и РСГ. Число рефлюксов с $pH < 4$ в гортаноглотку (ФЛР) было примерно одинаковым во всех группах, с небольшим преобладанием в группе с РС, но продолжительность рефлюксов была наибольшей в группах с РРП и РС (Рисунок 8).

Рисунок 8 Показатели суточного рН – мониторинга в гортаноглотке у детей с хронической патологией гортани (средние значения)



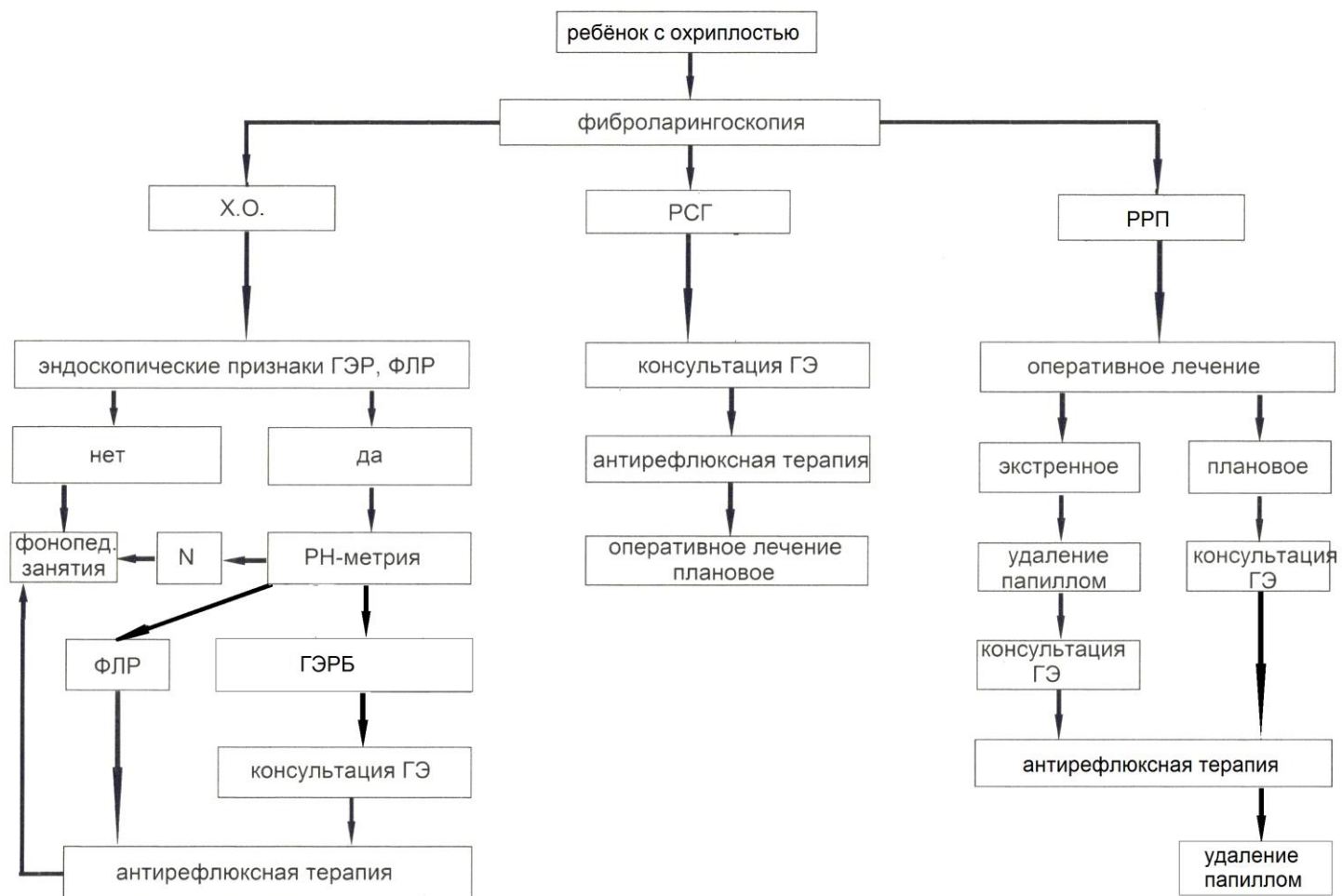
Таким образом, для детей страдающих РСГ и РРП, характерно наличие ВГЭРБ: в группе с РСГ такая форма кислотозависимой патологии обнаружена у 68,4% больных, а в группе с РРП – у 52,7% пациентов. При этом кислотозависимая патология ЖКТ была выявлена у 100% детей этих групп. По данным суточной рН-метрии, только в группе больных с ХО отмечено отсутствие кислотозависимой патологии у 15,2% детей. Кроме того, в этой группе частота встречаемости ВГЭРБ была наименьшей.

При анализе особенностей кислото-зависимой патологии выявлено, что во всех группах число рефлюксов гортаноглотку было примерно одинаковым, с небольшим преобладанием в группе с РС, но продолжительность рефлюксов была наибольшей в группах с РС и РРП.

Суммируя вышеизложенное, для детей, страдающих хронической патологией гортани, характерно наличие различных вариантов рефлюксной болезни: среди 103 обследованных детей с различной патологией гортани, наличие различных вариантов ГЭРБ обнаружено у 96 (93,2%) детей.

Таким образом, на основании полученных результатов, нами разработан алгоритм диагностики и лечения детей, страдающих хроническими заболеваниями гортани, а именно: рецидивирующим респираторным папилломатозом, рубцовым стенозом гортани, узелками голосовых складок и функциональной дисфонией (Рисунок 9)

Рисунок 9. Алгоритм диагностики и лечения детей с хронической патологией гортани.



ВЫВОДЫ:

1. Разработанная методика одновременного 24-часового рН-мониторирования пищевода и гортанной части глотки позволяет эффективно диагностировать различные варианты кислото-зависимой патологии ЖКТ (ГЭРБ, фаринголарингеальный рефлюкс).
2. Для подавляющего большинства детей, страдающих хронической патологией гортани (по нашим данным – 93,2%), характерно наличие кислото-зависимой патологии ЖКТ, при этом выявлено ее 3 варианта: изолированная ГЭРБ, внепищеводная ГЭРБ, Фаринголарингеальный рефлюкс.
3. Кислото-зависимая патология ЖКТ выявлена у 100% обследованных детей, страдающих рубцовым стенозом гортани и рецидивирующим респираторным папилломатозом, и у 85% больных с узелками голосовых складок и функциональной дисфонией. При этом у 53,4% больных с патологией гортани отсутствуют специфические гастроэнтерологические жалобы.
4. Развитие рубцового стеноза гортани, вызванного повторными эндоларингеальными операциями по удалению папиллом, с высокой степенью достоверности ($r = 0,34$; $p < 0,05$) коррелирует с наличием у ребенка внепищеводного варианта ГЭРБ.
5. Для детей, страдающих ГЭРБ, особенно ее внепищеводном вариантом, характерно наличие также хронической патологии глотки и гортани.
6. На фоне проведения антирефлюксной терапии у детей, страдающих ГЭРБ, нормализация состояния гортани и глотки коррелирует с нормализацией состояния ЖКТ.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Всем детям с хронической патологией гортани показано обследование у гастроэнтеролога для выявления кислото-зависимой патологии ЖКТ.
2. Всем детям, страдающим хроническим фарингитом, показано обследование

- у гастроэнтеролога для исключения кислото-зависимой патологии ЖКТ.
3. У больных с хронической патологией гортани, при невозможности проведения 24-часового рН-мониторирования пищевода и гортаноглотки, оправдано назначение антисекреторной терапии эмпирически.
 4. Для одномоментного выявления рефлюксов в гортаноглотке и пищеводе целесообразно установление датчиков по предложенной нами методике, т.к. выявление кислотных показателей в пищеводе, соответствующих нормативным, не исключает патологического заброса кислого рефлюктата в гортанную часть глотки, т.е. развития фаринголарингеального рефлюкса.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Погосова И.Е.**, Завикторина Т.Г., Солдатский Ю.Л., Онуфриева Е.К., Шумейко Н.К., Серебровская Н.Б. Состояние гортани у детей с гастроэзофагеальным рефлюксом. // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга.- Материалы 8-го Международного Славяно-Балтийского научного форума «Санкт-Петербург – Гастро- 2006», 2006.- № 1-2., с.122.
2. **Погосова И.Е.**, Завикторина Т.Г., Солдатский Ю.Л., Онуфриева Е.К., Стрыгина Ю.В., Серебровская Н.Б., Стеклов А.М., Шумейко Н.К., Гаспарян С.Ф., Щепин Н.В. Влияние гастроэзофагеального рефлюкса на состояние гортани у детей (предварительные материалы). // Материалы XVII съезда оториноларингологов России: г. Нижний Новгород, 7-9 июня 2006, С-Пб., 2006.- С.468 – 469.
3. Солдатский Ю.Л., **Погосова И.Е.**, Онуфриева Е.К., Завикторина Т.Г., Кириллов В.И., Щепин Н.В., Шумейко Н.К., Серебровская Н.Б. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей с хронической патологией гортани. // Материалы V Всероссийской Научно-практической конференции Вестник оториноларингологии- 2006.- № 5, Приложение.- С. 342.
4. Завикторина Т.Г., **Погосова И.Е.**, Кириллов В.И., Солдатский Ю.Л., Шумейко Н.К. Суточное рН-мониторирование у детей с хронической патологией гортани // Гастроэнтерология С.-Петербурга.- Материалы 9-го Международного Славяно-Балтийского научного форума «Санкт-Петербург – Гастро- 2007».-2007.-№1-2.-М.43 – 44.

5. Солдатский Ю.Л., Онуфриева Е.К., Стрыгина Ю.В., **Погосова И.Е.** Рецидивирующий респираторный папилломатоз: современное состояние проблемы. // **Вестник оториноларингологии.**- 2009.- №4.- С. 66 – 71.
6. Солдатский Ю.Л., Онуфриева Е.К., **Погосова И.Е.**, Завикторина Т.Г., Стрыгина Ю.В., Гаспарян С.Ф., Щепин Н.В., Стеклов А.М. Частота гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и фаринголарингеального рефлюкса у детей с хронической патологией гортани.// Материалы VI Всероссийской Научно-практической конференции. Вестник оториноларингологии.- 2007.- №5, Приложение.- С. 244 – 245.
7. Шумейко Н.К., Кириллов В.И., Завикторина Т.Г., **Погосова И.Е.**, Солдатский Ю.Л. Фаринголарингеальный рефлюкс – симптом гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) или отдельная нозология? // Материалы тринадцатой Российской гастроэнтерологической недели. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.- 2007.- Т. 17, № 5, Приложение № 30.- С. 119.
8. **Погосова И.Е.**, Завикторина Т.Г., Солдатский Ю.Л., Кириллов В.И. Гастроэзофагеальный и фаринголарингеальный рефлюкс.// **Вестник оториноларингологии.**- 2007.- №5. – С. 83 – 87.
9. Солдатский Ю.Л., Онуфриева Е.К., **Погосова И.Е.**, Завикторина Т.Г., Стрыгина Ю.В., Гаспарян С.Ф., Щепин Н.В., Стеклов А.М. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и фаринголарингеальный рефлюкс у детей с хронической патологией гортани. // **Вестник оториноларингологии** - 2008.- №2.- С. 17 – 22.
10. **Погосова И.Е.**, Солдатский Ю.Л., Онуфриева Е.К., Завикторина Т.Г., Стрыгина Ю.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и фаринголарингеальный рефлюкс у детей, страдающих рецидивирующим респираторным папилломатозом. // Материалы Всероссийской Научно-практической конференции Российская оториноларингология.- 2008.- Приложение № 2.- С. 92 – 96.
11. Завикторина Т.Г., Шумейко Р.К., Кириллов В.И., Солдатский Ю.Л., **Погосова И.Е.** Диагностика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и фаринголарингеального рефлюкса у детей с хронической патологией гортани. // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга.- Материалы 10-го Юбилейного Славяно-Балтийского научного форума «Санкт-Петербург – Гастро- 2008»- 2008.- № 2-3.- С. М40.
12. Завикторина Т.Г., Онуфриева Е.К., **Погосова И.Е.**, Кириллов В.И., Шумейко Н.К., Солдатский Ю.Л., Стрыгина Ю.В. Фаринголарингеальный рефлюкс и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей с хроническими заболеваниями гортани.// **Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.**- 2008.- Т. 18, №3.- С. 34 – 40.

13. Завикторина Т.Г., **Погосова И.Е.** Особенности лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и фаринголарингеального рефлюкса у детей с хроническими заболеваниями гортани./ XXXI Итоговая конференция молодых ученых МГСМУ 16-30 марта 2009г: Труды конференции.- М., 2009.- С. 111 – 112.
14. Soldatskiy Yu.L., Onufrieva E.K., **Pogosova I.E.**, Zaviktorina T.G., Strygina Yu.V. Gastroesophageal reflux disease and laryngopharyngeal reflux in children with recurrent respiratory papillomatosis./ ESPO 2008. 8-th International Conference of the European Society of Paediatric Otorhinolaryngology.-Final Programme and Abstracts.- Budapest, 2008.- P. 118.
15. Солдатский Ю.Л., Онуфриева Е.К., **Погосова И.Е.**, Завикторина Т.Г. Особенности состояния гортани и глотки у детей, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.// Материалы Всероссийской Научно-практической конференции.- Российская оториноларингология.- 2009.- Приложение №1.- С. 128 – 132.
16. Солдатский Ю.Л., **Погосова И.Е.**, Завикторина Т.Г., Онуфриева Е.К. Клинические корреляции между гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и состоянием глотки и гортани у детей.// **Педиатрическая фармакология.**- 2009.- Т. 6, № 3.- С. 23 – 28.
17. Завикторина Т.Г., **Погосова И.Е.**, Кириллов В.И., Солдатский Ю.Л., Стрижова И.С., Онуфриева Е.К. Клинико-диагностические особенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей с хроническими заболеваниями гортани.// **Дальневосточный медицинский журнал** - 2010.- №1.- С. 61 – 64.
18. **Погосова И.Е.** Частота выявления кислотозависимой патологии желудка у детей с хронической охриплостью.// Материалы IV Научно-практической конференции оториноларингологов Центрального Федерального округа РФ «Актуальное в оториноларингологии» г Москва 5-6 октября 2011г: - М., 2011.- С. 134 – 135.
19. **Погосова И.Е.** Сравнительный анализ особенностей кислотозависимой патологии желудка у детей с хронической патологией гортани.// Материалы X Российского конгресса оториноларингологов. Вестник оториноларингологии.- 2011.- № 5, Приложение.- С. 277 – 278.
20. Солдатский Ю.Л., **Погосова И.Е.**, Онуфриева Е.К., Стрыгина Ю.В. Особенности нарушений моторики верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей с хронической патологией гортани.// Материалы XI Российского конгресса оториноларингологов. Вестник оториноларингологии, 2012.- № 5, Приложение С.284-285.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ГЭР - Гастроэзофагеальный рефлюкс

ФЛР – Фаринголарингеальный рефлюкс

ГЭРБ – Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

ВГЭРБ – Внепищеводная гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

ИГЭРБ – Изолированная гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

РРП – Рецидивирующий респираторный папилломатоз

РСГ – Рубцовый стеноз гортани

ХО - Хроническая охриплость

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:

<http://www.gastroscan.ru/literature/>