

УДК 616.3–002–089:616.22

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ
С ВНЕПИЩЕВОДНЫМИ
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИМИ
ПРОЯВЛЕНИЯМИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА**

Дурлештер Владимир Моисеевич – д.м.н.,
профессор
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар, Россия*

Корочанская Наталья Всеволодовна – д.м.н.,
профессор
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар, Россия*

Свечкарь Игорь Юрьевич
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Сиюхов Руслан Шумафович – к.м.н.
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Беретарь Руслан Батырбиевич
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

В статье приведены данные обследования 37 пациентов с оториноларингологическими проявлениями рефлюкс-эзофагита – хроническими фарингитом и ларингитом. Всем пациентам была выполнена лапароскопическая антирефлюксная операция. Результаты хирургического лечения оценивали через 1, 6, 12, 24, 36 месяцев. В ходе обследования выявлено отсутствие либо существенное уменьшение внепищеводных оториноларингологических проявлений после операции у подавляющей части больных.

Ключевые слова: РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТ,
ВНЕПИЩЕВОДНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ,
АНТИРЕФЛЮКСНЫЕ ОПЕРАЦИИ

UDC 616.3–002–089:616.22

**SURGICAL TREATMENT FOR PATIENTS
WITH SUPRAOESOPHAGEAL
OTOLARYNGOLOGIC
REFLUX-ESOPHAGITIS MANIFESTATIONS**

Durleshter Vladimir Moiseevich – MD, professor
*SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2»;
SBEA HPE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia*

Korochanskaya Natalia Vsevolodovna – MD,
professor
*SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2»;
SBEA HPE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia*

Svechkar' Igor' Urievich
SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia

Siukhov Ruslan Shumafovich – Ph.D. (Med.)
SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia

Beretar' Ruslan Batyirbievich
SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia

The article presented the results of the examination of 37 patients with otolaryngologic supraoesophageal reflux-esophagitis manifestations such as chronic laryngitis and chronic pharyngitis. All patients underwent the laparoscopic antireflux procedure. The results of surgery were assessed in 1, 6, 12, 24, 36 months. The check-up has revealed the absence of reflux-esophagitis in all patients and disappearance or significant decreasing of otolaryngologic supraoesophageal reflux-esophagitis manifestations in major of patients after surgery.

Key words: REFLUX-ESOPHAGITIS,
SUPRAOESOPHAGEAL MANIFESTATIONS,
ANTIREFLUX PROCEDURE

В последнее десятилетие в гастроэнтерологии не было заболевания, которое бы исследовалось учеными больше, чем гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Сложность диагностики, нерешенные вопросы о длительности и адекватных схемах консервативной терапии, осложненные формы рефлюкс-эзофагита (РЭ), определение показаний к оперативному лечению, выбор оптимального метода хирургического вмешательства – вот неполный перечень актуальных проблем, имеющих отношение к рефлюксной болезни. В ряду вышеназванных проблем далеко не последнее место занимают атипичные проявления ГЭРБ.

В последние годы возросло число клинических исследований, подтверждающих взаимосвязь рефлюкс-эзофагита и патологий других органов и систем [1, 4, 5, 7]. Определена большая группа так называемых атипичных или внепищеводных проявлений рефлюкс-эзофагита, среди которых выделяют: бронхопультмональные, оториноларингологические, кардиальные и стоматологические.

В патогенезе изменений ЛОР-органов при ГЭРБ ведущую роль играют патологические высокие гастроэзофагеальные рефлюксы, приводящие к постоянным забросам кислого желудочного содержимого в верхние отделы пищевода, носовую полость, гортань и глотку с развитием в них хронических воспалительных изменений. При этом важную роль играют как рефлексорные влияния, так и прямое контактное повреждение слизистой оболочки [4, 11]. Явление высокого рефлюкса при недостаточной функции верхнего пищеводного сфинктера получило название фаринголарингеального рефлюкса (ФЛР) [5,12]. Слизистая оболочка глотки и гортани более восприимчива к воздействию кислого рефлюксного содержимого, чем нижележащие отделы пищевода за счет меньшего содержания в ней фермента карбоангидразы, которая катализирует гидратацию углекислого газа, приводя к образованию бикарбоната [5,8]. В связи с этим ГЭР, проникающий через верхний

пищеводный сфинктер, не может считаться физиологическим, поэтому даже один эпизод снижения рН ниже 4 в гортаноглотке расценивается как ФЛР [5, 12]. Нередко больные с внепищеводными ЛОР-проявлениями РЭ длительно лечатся у оториноларингологов, не достигая стойкой ремиссии заболевания, поскольку проводимая терапия в этих случаях, по сути, является симптоматической [4, 5].

Имеются работы, которые демонстрируют уменьшение выраженности внепищеводных ЛОР-проявлений РЭ на фоне консервативного лечения препаратами ингибиторов протонной помпы (ИПП), при этом некоторые исследователи отмечают, что терапия должна быть существенно (в 1,5–2,0 раза) длительнее и мощнее, чем стандартная [2, 9, 10, 12, 13].

Ряд авторов указывают на невысокую эффективность комплексного медикаментозного лечения, быстрое рецидивирование симптоматики при отмене медикаментов у пациентов с ЛОР-проявлениями РЭ [3,6]. В ситуации неэффективности консервативной терапии единственно возможным способом ликвидации желудочного рефлюкса является оперативное вмешательство. На сегодняшний день разработано большое количество антирефлюксных операций [6].

Целью работы явилось повышение эффективности лечения больных с оториноларингологическими проявлениями РЭ.

Материал и методы

Работа основана на результатах клинико-функционального обследования 160 пациентов с ГЭРБ и РЭ в хирургических отделениях МБУЗ «Городская больница № 2 «КМЛДО» (с 2013 г.– ГБУЗ ККБ № 2) г. Краснодара за период 2007–2012 гг. При обследовании выявлено 77 пациентов с различными внепищеводными проявлениями РЭ, что составляет 48 % от общего числа пациентов.

Оториноларингологическое обследование, включавшее тщательный анализ жалоб и данных анамнеза, анкетирование, клиническое обследование и обязательный осмотр оториноларинголога с выполнением фаринго- и ларингоскопии, позволило выявить у 18 (11,2 %) пациентов хронический фарингит (ХФ), у 19 (11,9 %) больных хронический ларингит (ХЛ). У всех пациентов с ХЛ отмечались явления катарального фарингита, динамика течения которого рассматривалась отдельно от группы больных с изолированной формой ХФ.

Критерии включения пациентов в исследование были следующими: гипертрофическая, катаральная и атрофическая формы ХФ или ХЛ; наличие жалоб со стороны глотки на момент исследования.

Критерии исключения пациентов из исследования: сопутствующий хронический тонзиллит; бронхиальная астма; перенесенные в недавнем времени – сроком до 3 месяцев – ОРВИ и острая ЛОР-патология; курение.

Группа состояла из 19 мужчин и 18 женщин, средний возраст составил $46,3 \pm 5,2$ лет (от 20 до 71 лет). Анамнез симптоматики РЭ колебался от 1 до 18 лет (в среднем $5,1 \pm 1,8$ лет), анамнез симптоматики ЛОР-заболевания – от 6 месяцев до 11 лет (в среднем $3,6 \pm 1,2$ лет).

Всем пациентам после соответствующего дообследования и предоперационной подготовки в плановом порядке выполнено лапароскопическое антирефлюксное вмешательство по разработанной и используемой в клинике методике (приоритетная справка на изобретение № 2013122121 от 14.05.2013). Показанием для оперативного лечения для всех больных являлся РЭ, осложненный внепищеводными проявлениями и резистентный к консервативной терапии.

Клиническую оценку симптомов РЭ и ЛОР-патологии проводили перед операцией, затем через 1, 6, 12, 24 и более месяцев после хирургического вмешательства. Фиксация и учет специфических жалоб

(першение в горле, чувство кома и др.) проводились с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) соответствующего симптома.

Заполнение ВАШ осуществлялось перед операцией, затем после антирефлюксного вмешательства – через 1 месяц, 6 месяцев, 1 год, затем с интервалом в 1 год, с оценкой динамики.

Через 1, 6 и 12 месяцев после операции (далее – 1 раз в год) проводился динамический осмотр оториноларинголога, выполнялась непрямая фаринголарингоскопия с занесением полученных результатов в карту.

За эффективность результатов лечения принимали динамику симптомов, согласно визуально-аналоговым шкалам, и данные фаринголарингоскопии. Результаты лечения условно разделили на: хороший, удовлетворительный и неудовлетворительный. Хорошим результат считали в том случае, если на фоне антирефлюксной операции удалось достигнуть полного купирования жалоб и изменений слизистой оболочки, характерных для ХЛ и ХФ; удовлетворительным – уменьшение или купирование ряда симптомов и воспалительных явлений, неудовлетворительным – при сохранении или отрицательной динамике клинических симптомов и фаринголарингоскопической картины после проведенного вмешательства.

Проводилась также оценка качества жизни пациентов до и в различные сроки после антирефлюксного вмешательства по шкале MOS-SF-36.

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы “Statistica 6”. Достоверность отличий сравниваемых признаков оценивалась критерием Вилкоксона. Полученные различия считались достоверными при значениях $p < 0,05$.

Результаты исследования

Проведенное клиническое обследование показало, что изжога являлась доминирующим «типичным» симптомом ГЭРБ и имела место у всех 37 больных с ХФ и ХЛ.

У большинства – 32 (86,5 %) – симптомы РЭ появились раньше оториноларингологических, 3 (8,1 %) больных отметили одновременное появление жалоб, и только у 2-х (5,4 %) пациентов ЛОР-симптоматика начала беспокоить до появления клиники ГЭРБ.

При оценке анамнеза наличие сопутствующих профессиональных и иных неблагоприятных факторов (значительная голосовая нагрузка, неблагоприятные факторы внешней среды и прочее) отмечали 12 (32 %) пациентов.

У 33 (89 %) пациентов в анамнезе – один или более неэффективных курсов традиционного консервативного лечения ХФ и ХЛ.

При эндоскопическом исследовании эрозивный или эрозивно-язвенный РЭ выявлен у 17 (46 %), катаральная форма эзофагита – у 19 (51,3 %); аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) – у 34 (92 %) больных. Результаты суточной рН-метрии продемонстрировали множественные кислые рефлюксы (рис. 1).

При этом у 26 (70 %) пациентов – по 13 в каждой группе – отмечены многочисленные высокие забросы рефлюксата, большее суточное количество рефлюксов и общее время с $\text{pH} < 4$, более высокий индекс DeMeester. Данные результаты с высокой долей вероятности позволяют говорить о наличии у этих пациентов эзофагофаринголарингеального рефлюкса (ЭФЛР) с непосредственным контактным повреждением слизистой оболочки гортаноглотки.

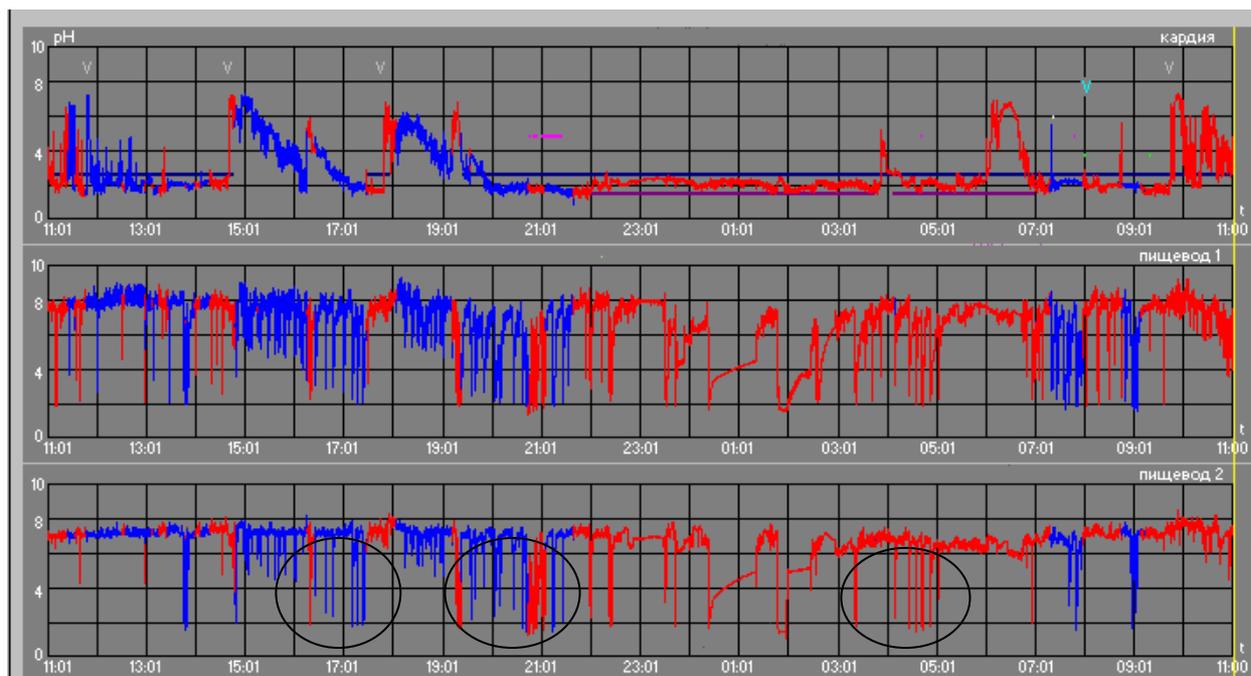


Рисунок 1. Суточная рН-грамма пищевода (датчики расположены на уровне кардии, на 5 и 10 см от НПС). Множественные «высокие» кислотные рефлюксы в средней трети пищевода (отмечены кружком)

Проведено исследование наличия клинических симптомов, характерных для исследуемой ЛОР-патологии. Результаты исследования отражены в таблице 1.

Таблица 1 – Характеристики клинических симптомов хронического фарингита и хронического ларингита

Оториноларингологические проявления	Симптом	Частота встречаемости (чел., %)	Показатель ВАШ симптома, баллы, Me (Q25; Q75)
Ларингит, <i>n</i> = 19	Утомляемость голоса	14 (74)	5 (3; 7,0)
	Охриплость голоса	13 (68)	5 (2,5; 7,5)
	Кашель	13 (68)	4 (3; 5,0)
	Ощущение стекания слизи по задней стенке глотки	5 (26)	5 (4; 7,0)
	Боль в горле	4 (21)	3 (2; 4,5)
Фарингит, <i>n</i> = 18	Сухость и першение	16 (89)	6 (4; 8,0)
	Покашливание	14 (78)	4 (3; 5,5)
	Ощущение «кома» в горле	10 (55)	4 (2; 6,0)
	Боль в горле	6 (33)	3 (2; 5,0)

Отмечено, что у больных с ХЛ примерно с одинаковой частотой (от 68 до 74 %) встречались следующие симптомы: утомляемость и охриплость голоса, кашель, по интенсивности более выраженными оказались первые два симптома из вышеуказанных. Наиболее частым и интенсивным симптомом клиники ХФ были сухость и першение в горле – у 89 % пациентов, показатель ВАШ-симптома – 6 (4; 8) баллов.

Болевой симптом встречался не столь часто в обеих группах – у 4 и 6 человек, соответственно, и выраженность его была невысокой (по 3 балла по ВАШ).

Кроме того, 17 (89 %) и 16 (89 %) пациентов с ХЛ и ХФ, соответственно, отмечали связь клинических ЛОР-симптомов с эпизодами РЭ-изжогой и отрыжкой.

Основными морфологическими признаками ХФ, учитываемыми при фарингоскопии, являлись: гиперемия и отечность слизистой оболочки – при катаральной форме; гиперплазия лимфоидной ткани задней стенки глотки, гипертрофия боковых валиков глотки – при гипертрофической форме; истончение и бледность слизистой оболочки – при атрофической форме. При ларингоскопическом осмотре обращали внимание на наличие и степень выраженности следующих признаков: стекловидный отек слизистой оболочки всех отделов гортани, гиперемию и/или гипертрофию слизистой межчерпаловидной области, отек голосовых складок, гиперемию подскладкового отдела гортани, атрофические изменения слизистой.

При изучении выявленных при фаринго- и ларингоскопии изменений отмечено преобладание катаральной и гипертрофической форм ХЛ и ХФ (табл. 2).

Воспалительные изменения слизистой оболочки гортани отмечались в основном в межчерпаловидной области (так называемый «задний ларингит») у 17 (89 %) больных ХЛ.

Таблица 2 – Формы выявленной ЛОР-патологии

Форма	Хронический ларингит, <i>n</i> = 19 (%)	Хронический фарингит, <i>n</i> = 18 (%)
Катаральная	7 (37)	6 (33)
Гипертрофическая	9 (47)	10 (56)
Атрофическая	3 (16)	2 (11)

У всех пациентов с различными формами ХЛ наблюдались явления сопутствующего фарингита, причем воспалительные изменения слизистой оболочки глотки во всех случаях имели катаральный характер.

Отмечен факт длительного (не менее 5 лет) анамнеза симптоматики РЭ и хронической ЛОР-патологии, а также наличия эрозивного эзофагита у всех пациентов с атрофической формой ХЛ и ХФ.

Все больные с гипертрофической и атрофической формой ХЛ и ХФ имели множественные высокие кислые ГЭР (при измерении в средней трети пищевода) по данным суточной рН-метрии (рис. 2). У пациентов с катаральной формой ЛОР-патологии степень и длительность закисления пищевода была меньше, но недостоверно ($p > 0,05$).

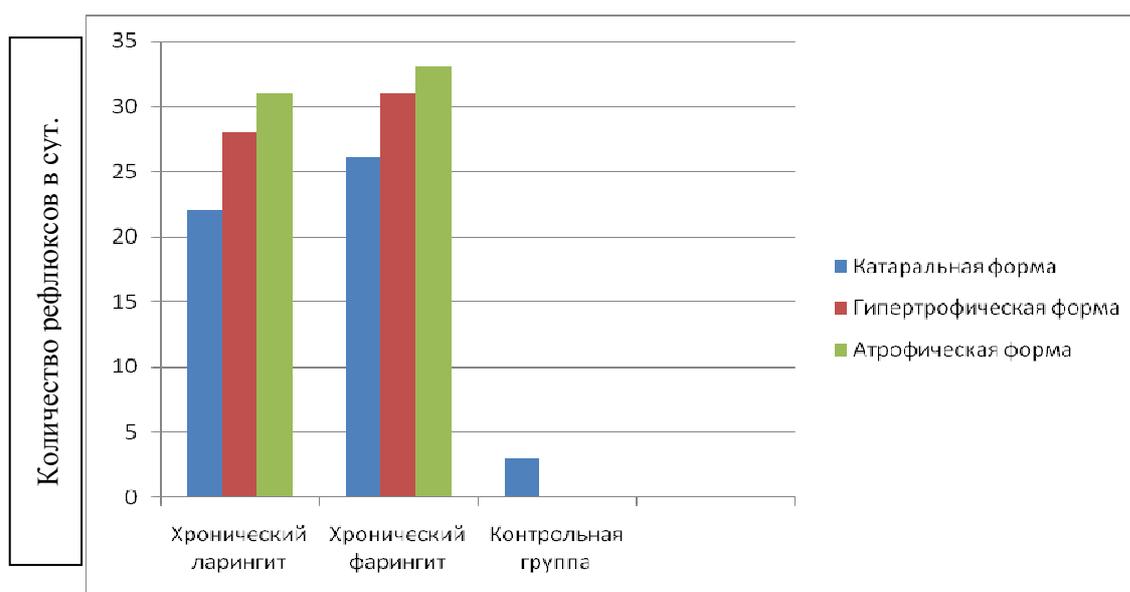


Рисунок 2. Среднее количество высоких кислых рефлюксов в сутки у пациентов с различными формами хронического ларингита и фарингита

Приведенные факты могут указывать на атрофический характер изменений слизистой оболочки гортани и глотки, развивающихся при длительном кислотном рефлюксном повреждении. В начальных стадиях наиболее вероятно развитие катаральных и гипертрофических форм хронического воспалительного процесса.

После проведенного оперативного антирефлюксного лечения летальных исходов и осложнений не отмечено, за исключением 2-х (5,4 %) случаев умеренно выраженной дисфагии в течение первых 15–18 суток после операции, которая купировалась самостоятельно без специального лечения. Результаты прослежены у всех 37 пациентов.

При оценке динамики клинической картины в послеоперационном периоде отмечено достоверное ($p < 0,05$) и стойкое исчезновение «типичных» симптомов РЭ у всех пациентов за весь период наблюдения. Отмечена положительная динамика симптомов ХЛ и ХФ, $p < 0,05$ (рис. 3 и 4).

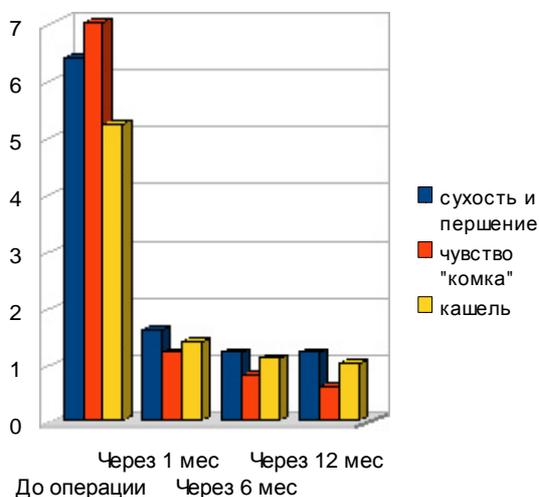


Рисунок 3. Динамика симптомов хронического фарингита

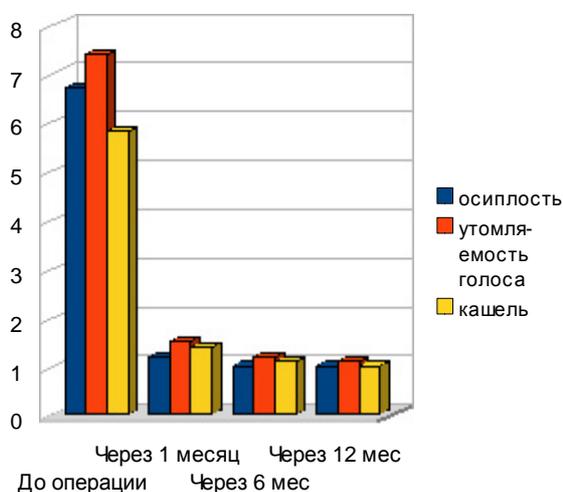


Рисунок 4. Динамика симптомов хронического ларингита

Отмечается выраженная положительная динамика в отношении всех клинических симптомов как ларингита, так и фарингита, начиная с первого месяца после операции, все статистические различия значимы, $p < 0,05$.

Так, среди пациентов с ХЛ через два года только у двух (10,5 %) пациентов сохранялись симптомы утомляемости и охриплости голоса, еще у одного (5,2 %) больного отмечался кашель. При этом выраженность указанных симптомов по ВАШ стала ниже, по сравнению с предоперационным уровнем на 20–27 %. У всех остальных 16 (84,2 %) пациентов с ХЛ отмечалось постепенное уменьшение симптомов в течение диспансерного наблюдения и полное их купирование через два года после операции.

Среди больных с ХФ в динамике также отмечалось постепенное снижение частоты и выраженности клинических проявлений в течение диспансерного наблюдения. Полностью уже через 1 год был купирован болевой симптом. Через 2 года у 2-х (11,1%) человек сохранялись жалобы на сухость и першение, а также у 2-х – на чувство «кома» в горле, у 1-го (5,5 %) – на покашливание; выраженность указанных симптомов по ВАШ стала ниже, по сравнению с предоперационными показателями, на 30–35 %. Полное купирование ЛОР-симптомов отмечали 14 (77,7 %) пациентов с ХФ.

При выполнении контрольного полипозиционного рентгенисследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у всех пациентов выявлена адекватная арефлюксная (отсутствие ГЭР) и эвакуаторная функции фундопликационной манжеты, по сравнению с дооперационными показателями ($p < 0,05$).

На контрольных ЭГДС у всех пациентов имелась положительная динамика – отсутствие признаков эзофагита, заживление эрозий, плотное смыкание кардии, отсутствие ГЭР ($p < 0,05$).

При проведении контрольной суточной рН-метрии пищевода и желудка у всех обследованных пациентов достоверно ($p < 0,05$) снизились: процент общего времени с рН < 4, индекс DeMeester; среднее значение рН достоверно ($p < 0,05$) повысилось. В 4 случаях зафиксировано от 5 до 10

непродолжительных (до 20 с) рефлюксов в сутки, не достигающих уровня средней трети пищевода и не сопровождающихся клиническими проявлениями, что позволило расценить их как физиологические.

До операции у всех пациентов с ХЛ, независимо от его формы, наблюдался сопутствующий катаральный фарингит. При контрольном осмотре – через 1 и 6 месяцев явления катарального воспаления в глотке остались лишь у 2-х пациентов (с атрофической формой ларингита); при контрольном наблюдении в 1-й год и более явлений сопутствующего фарингита ни у одного пациента отмечено не было.

При контрольной ларингоскопии у пациентов с катаральным ларингитом через один месяц положительная динамика в виде уменьшения воспалительных явлений отмечена у всех 7 человек, к 1-му году послеоперационного наблюдения у всех отмечено купирование явлений ларингита, клинические проявления также отсутствовали. Аналогичная картина сохранилась и при дальнейшем наблюдении. У больных с гипертрофической формой ларингита через 1 месяц уменьшение воспалительных явлений отмечено у 6 из 9 пациентов, к 1-му году полное исчезновение патологических изменений и характерных жалоб выявлено у 7 человек. У 2-х больных наблюдается морфологическая картина гипертрофического ларингита, но выраженность его стала меньше (у одного из этих пациентов имеются жалобы на кашель, у другого – клинической симптоматики нет). Из 3-х больных с атрофической формой ХЛ только у одного отмечалась нормализация ларингоскопической картины через 1 год с отсутствием жалоб; у остальных 2-х пациентов существенных изменений после антирефлюксного лечения во все сроки наблюдения не отмечено, у них сохранялись клинические жалобы.

Фарингоскопическая картина уже через 1 месяц после операции характеризовалась существенной положительной динамикой в виде снижения воспалительных явлений (уменьшение гиперемии, отечности

слизистой оболочки, повышенного скопления слизистого отделяемого) у 17 (94 %) человек. У всех 6 пациентов с катаральной формой фарингита к 1-му году послеоперационного наблюдения отмечена нормализация состояния слизистой оболочки глотки, клинических проявлений также не было. У 8 из 10 больных с гипертрофической формой к 1-му году наблюдения отмечалось купирование воспалительных явлений. Гипертрофический фарингит сохранялся у 2-х больных, однако, его выраженность стала существенно ниже, по сравнению с предоперационным периодом. Среди пациентов с атрофической формой фарингита у 1-го не отмечалось никаких как клинических, так и эндоскопических изменений после антирефлюксного вмешательства; еще у 1-го больного выявлено улучшение (но не нормализация) эндоскопической картины и существенное уменьшение жалоб. При дальнейших контрольных осмотрах картина не изменялась.

Оценка отдаленных результатов лечения отражена в данных таблиц 3 и 4.

Таблица 3 – Результаты лечения больных с различными формами хронического ларингита через два года наблюдения, $n = 19$

Результат лечения	Форма хронического ларингита					
	катаральная		гипертрофическая		атрофическая	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Хороший	7	100	7	78	1	33
Удовлетворит.	0	0	2	22	0	0
Неудовлетворит.	0	0	0	0	2	67
Всего	7	100	9	100	3	100

Таким образом, у 16 (84,2 %) и 14 (77,8 %) пациентов с ХЛ и ХФ, соответственно, отмечен хороший результат лечения: полное купирование клиничко-эндоскопических признаков ЛОР-патологии после проведенного лапароскопического антирефлюксного вмешательства ($p < 0,05$, по сравнению с группами в предоперационном периоде).

Таблица 4 – Результаты лечения больных с различными формами хронического фарингита через два года наблюдения, $n=18$

Результат лечения	Форма хронического фарингита					
	катаральная		гипертрофическая		атрофическая	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Хороший	6	100	8	80	0	0
Удовлетворит.	0	0	2	20	1	50
Неудовлетворит.	0	0	0	0	1	50
Всего	6	100	10	100	2	100

Наилучшие результаты отмечены среди больных с катаральными формами патологии гортани и глотки – воспалительные явления купированы в обеих группах. У пациентов с наиболее часто зафиксированной в данном исследовании формой – гипертрофической также отмечена высокая эффективность антирефлюксного вмешательства – у всех 19 пациентов хороший или удовлетворительный результат лечения. Наименьшая эффективность устранения патологического высокого ГЭР наблюдалась среди пациентов с атрофической формой патологии ЛОР-органов: у 3-х из 5 больных зафиксирован неудовлетворительный результат (не отмечено никаких положительных клиничко-эндоскопических изменений).

Прослежена динамика показателей качества жизни (КЖ) с помощью опросника MOS SF-36 в различные сроки после операции. Изучение полученных данных показало, что уже через 1 месяц после выполнения антирефлюксной операции достоверно ($p < 0,05$) повышались показатели «общее здоровье», «психическое здоровье», «социальное функционирование», но снижались показатели «физическое функционирование», «ролевое физическое функционирование», «ролевое эмоциональное функционирование», что, вероятно, связано с процессами послеоперационной реабилитации и временного ограничения трудоспособности. В течение одного месяца наблюдения все показатели пациентов не достигали уровня здоровых людей. С увеличением сроков

послеоперационного периода отмечался постепенный дальнейший рост всех параметров КЖ, включая снижение через один месяц после вмешательства, и через два года после операции они практически не отличались от популяционной нормы.

Таким образом, в целом можно отметить высокую эффективность оперативного лечения, направленного на устранение патологического кислого ГЭР, на лечение катаральной и гипертрофической форм ХЛ и ХФ, что подтверждается послеоперационными клиническими и инструментальными исследованиями.

Заключение

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности оперативного лечения пациентов с отоларингологическими проявлениями РЭ и позволяют сделать следующие выводы:

1. Показанием к оперативному лечению являются наличие высокого патологического желудочно-пищеводного рефлюкса, подтвержденного суточной рН-метрией и неэффективность консервативной терапии.

2. Лапароскопическая антирефлюксная операция, выполненная по показаниям, является высокоэффективным методом лечения как самого РЭ, так и его оториноларингологических проявлений – ХФ и ХЛ.

3. Эффективность антирефлюксного оперативного лечения применительно к внепищеводным оториноларингологическим проявлениям ГЭРБ выше в отношении катаральных и гипертрофических форм ХЛ и ХФ.

Список литературы

1. *Ивашкин В.Т., Шептулин А.А.* Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: Пособие для врачей. – М., 2005. – 30 с.
2. *Лунев А.В.* Сравнительная оценка эффективности схем лечения хронического ларингита на фоне ларингеального рефлюкса // Аспирантский вестник Поволжья. – 2010. – № 3–4. – С. 24–31.
3. *Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Толстых М.П.* История и современное состояние проблемы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Эндоскопич. хирургия. – 2005. – Т. 11, № 4. – С. 54–59.
4. *Маев И.В., Юренев Г.Л., Бурков С.Г., Сергеева Т.А.* Бронхолегочные и орофарингеальные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Consilium. Medicum. – 2006. – № 2. – С. 22–27.
5. *Солдатский Ю.Л.* Отоларингологические проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Болезни органов пищеварения. – 2007. – Т. 9, № 2. – С. 42–47.
6. *Черноусов А.Ф., Шестаков А.Л., Тамазян Г.С.* Рефлюкс-эзофагит. – М: ИздАТ, 1999. – С. 136.
7. *Шептулин А.А., Киприанис В.А.* Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Росс. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. – 2005. – Т. 15, № 5. – С. 10–15.
8. *Fass R., Achem S.R., Harding S., Mittal R.K.* Review article: supra-oesophageal manifestations of gastro-oesophageal reflux disease and the role of night-time gastro-oesophageal reflux // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2004. – № 20 (Suppl. 9). – P. 26–38.
9. *Langevin S., Hanh N.* GERD induced ENT symptoms: a prospective placebo-controlled study with omeprazole 40 mg a day // Gastroenterology. – 2001. – Vol. 120. – P.16.
10. *Lam P.K. et al.* Rabeprazole is effective in treating laryngopharyngeal reflux in a randomized placebo-controlled trial // Clin. Gastroenterol. Hepatol. – 2010. – № 8. – P. 770.
11. *Malagelada J.R.* Review article: supraoesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2004. – Vol. 19, Suppl. 1. – P. 43–48.
12. *Park W., Hicks D.M., Khandwala F. et al.* Laryngopharyngeal reflux: prospective cohort study evaluating optimal dose of proton-pump inhibitor therapy and pretherapy predictors of response // Laryngoscope. – 2005. – № 5. – P. 1230–1238.
13. *Vaezi M.F.* Benefit of acid-suppressive therapy in chronic laryngitis: The devil is in the details // Clin. Gastroenterol. Hepatol. – 2010. – № 8. – P. 741.