

*В.В. КИЗИМ, Е.А. ЮРЕНКО*

## **ЛАРИНГОФАРИНГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС: КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА**

### *Сообщение I*

*Каф. оториноларингологии УНИПО (зав. – Засл. деятель науки и техники Украины, проф. С.К. Боечко) Донецк. нац. мед. ун-та им. М. Горького (ректор – чл.-кор. НАМН Украины, проф. Ю.В. Думанский)*

Ларингофарингеальный рефлюкс (ЛФР) – патологическое состояние организма, во время которого происходит воздействие желудочного рефлюктата на внепищеводные структуры [13]. Повреждающие свойства рефлюктата проявляются, прежде всего, в воздействии соляной кислоты и пепсина на слизистую оболочку пищевода, глотки и гортани. Это является ключевым отличием от гастроэзофагеального рефлюкса, при котором патологические изменения ограничиваются пищеводом на всем его протяжении. ЛФР имеет вполне определенные отличия от гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Пациенты с пищеводно-желудочными симптомами, как правило, имеют нарушения моторики пищевода и дисфункцию нижнего пищеводного сфинктера, в то время как у больных с оториноларингологическими проявлениями наблюдается дисфункция верхнего пищеводного сфинктера при удовлетворительной моторике пищевода. Пациенты с ГЭРБ обычно испытывают симптомы рефлюкса, находясь в горизонтальном положении. У лиц с ЛФР дискомфорт проявляется в дневное время, когда они находятся в вертикальном положении. Вероятно, этим обусловлено наличие эзофагита лишь у 18% обследуемых с ларингологическими проявлениями [8]. Больные с ГЭРБ обычно наблюдаются гастроэнтерологом, так как имеют выраженные симптомы эзофагита и предъявляют жалобы на изжогу. Вместе с тем изжога у пациентов с ЛФР является эпизодической и проявляется лишь у 20-

25% из них [28]. Это объясняется тем, что рефлюктат имеет незначительную экспозицию нахождения в пищеводе и большие повреждения наносятся слизистой оболочке глотки и гортани.

Впервые в зарубежной литературе высказывалось предположение о развитии ларингитов под воздействием желудочного содержимого еще в 1968 г. [14]. Была отмечена взаимосвязь между жалобами на изжогу и изменениями голосовых отростков черпаловидных хрящей у больных хроническим ларингитом [17, 31]. В результате многочисленных исследований, проведенных в 80-х годах, были сделаны выводы, что пациенты с хроническими фарингитами или ларингитами, при исключении специфической инфекционной этиологии, должны быть обследованы на наличие рефлюкса [37, 46]. В 1991 г. Olson указывал на взаимосвязь патологического рефлюкса с хроническим кашлем, охриплостью, контактными язвами и гранулемами, ощущением «комка» в горле, дисфагией, стенозом подголосовой полости, щитоперстневидным артритом и раком гортани [34]. В отечественной литературе о забросе желудочного содержимого в верхние и нижние дыхательные пути вследствие продленной интубации сообщалось анестезиологами-реаниматологами в 1979 г. [5]. В результате анализа и сопоставления клинических данных было предложено гастроэнтерологическое обследование больных хроническими фарингитами и ларингитами (2002) [2, 11]. Бурное развитие исследований данной про-

блемы приходится на 90-е годы прошлого столетия. Это обусловлено рядом факторов: изменением образа жизни и режима питания современного человека, развитием и совершенствованием методов диагностики, в том числе внедрением в медицинскую практику компьютерной технологии. Возникновению рефлюкса также способствуют такие факторы, как ожирение, стресс, повышение внутрибрюшного давления (например, при беременности), особенности питания (жирная пища, алкоголь, кофеинсодержащие продукты) и прием некоторых лекарственных препаратов, снижающих тонус гладкой мускулатуры (нитраты, блокаторы кальциевых каналов, стероиды, теofilлин).

В литературе ЛФР имеет несколько синонимов: ларингит рефлюкса, гортанный рефлюкс, гастрофарингеальный рефлюкс, глоточнопищеводный рефлюкс, верхнепищеводный рефлюкс, внепищеводный рефлюкс, атипичный рефлюкс, патологический рефлюкс. Собственно термин «ларингофарингеальный рефлюкс» был принят Американской академией отоларингологии – хирургии головы и шеи в 2002 г. и в настоящее время является общепринятым [30].

Изменение образа жизни и режима питания современного человека привело к резкому увеличению частоты встречаемости ЛФР. Привести точные данные распространенности данной патологии достаточно сложно ввиду отсутствия специфических проявлений и четких алгоритмов диагностики. В то же время в мире наблюдается отчетливая тенденция к учащению встречаемости патологического рефлюкса. Распространённость ЛФР отличается в различных регионах: в большинстве стран Азии она существенно ниже, чем в странах Западной Европы и США [26]. Очевидно, различия связаны как с генетическими факторами, так и с условиями жизни, особенностями питания, социальным статусом обследуемых пациентов. В Российской Федерации около 35% людей, средний возраст которых составляет 60 лет, имеют хотя бы один из симптомов ЛФР [6]. По данным ряда зарубежных авторов, из всех больных, обратившихся к отоларингологу, у 15% имеются клинические проявления ЛФР [19].

ЛФР с одинаковой частотой фиксируется как у мужчин, так и у женщин.

В основе его патогенеза лежат два фактора: спонтанное (самопроизвольное) расслабление нижнего и/или верхнего пищеводных сфинктеров и нарушение моторики пищевода за счет дисфункции *peragus vagus*, микроаспирация желудочного содержимого [43, 45].

Диагноз ЛФР основывается на жалобах пациента, данных ларингоскопии и объективного исследования, а также морфологического изучения операционного материала [10]. При сборе анамнеза заболевания следует обратить внимание на факторы, провоцирующие патологический рефлюкс.

Обычно жалобы больных весьма разнообразны. Наиболее часто отмечаются кашель (длящийся более 3 мес), дисфония, ощущение «комка» в горле, дисфагия, постназальный синдром, ларингоспазм [9, 22]. Группа ученых из США пришла к выводу, что эпизоды ночного апноэ чаще имеют место у пациентов с ЛФР [28]. Причинами хронического кашля могут быть постназальный синдром, астма, прием препаратов, снижающих артериальное давление, и проявления ЛФР. Следует заподозрить наличие ЛФР у лиц с дисфонией неясного генеза, которая длится более 3 мес [27]. Кроме того, у таких больных могут возникать приступы пароксизмального ларингоспазма чаще всего в ночное время вследствие раздражения рефлюктатом слизистой оболочки гортани, как рефлекторная защита от аспирации желудочного содержимого [28].

Полиморфность жалоб и разнообразие ларингоскопических проявлений при ЛФР послужили причиной разработки различных тестов, опросников и оценочных таблиц для предварительной диагностики ЛФР.

В 2001 г. Koufman и группа соавторов с целью предварительной диагностики ЛФР предложили шкалу «Индекса симптомов рефлюкса (RSI)» (табл.1). Оценка симптомов производится по 5-балльной шкале. В случае RSI более 10 баллов у пациента можно заподозрить наличие патологического рефлюкса.

Ларингоскопические данные при ЛФР неспецифичны. Наиболее часто встречается гиперемия и отек слизистой оболочки в об-

ласти черпаловидных хрящей, уплотнение голосовых складок, отек слизистой оболочки задних отделов гортани («posterior laryngitis») [4, 7]. Кроме того, могут наблюдаться гиперпластические процессы в гортани – пахидермии, контактные гранулемы, псевдоузелки [9]. ЛФР также может быть причиной развития ларингита Рейке и по-

липов гортани [15]. Под действием рефлюктата часто формируются гранулемы гортани [16]. Однако зачастую нет четкой корреляции между жалобами пациента и изменениями слизистой оболочки гортани, из чего следует, что нормальные ларингоскопические показатели не исключают наличия патологического рефлюкса [18].

Таблица 1

«Индекс симптомов рефлюкса» (RSI)

Симптомы ЛФР	Оценка в баллах					
	0	1	2	3	4	5
Дисфония или проблемы с голосом	+					
Желание полоскать горло				+		
Большое количество слизи в горле			+			
Затруднение при глотании еды, жидкости, таблеток						+
Кашель после еды или в положении лежа		+				
Приступы кашля или затруднение дыхания					+	
Постоянный неприятный, раздражающий кашель			+			
Ощущение «комка» в горле	+					
Изжога, боль за грудиной				+		

Таблица 2

«Индекс рефлюкса» (RFS)

Отек подголосовой полости	0 – нет 2 – есть
Облитерация гортанных желудочков	0 – нет 2 – частичная 4 – полная
Эритема/гиперемия слизистой оболочки	0 – нет 2 – только черпаловидные отростки 4 – диффузная
Гиперемия голосовых складок	0 – нет 1 – умеренная 2 – средней степени 3 – тяжелая 4 – диффузная
Диффузный отек гортани	0 – нет 1 – умеренный 2 – средней степени 3 – тяжелый 4 – обструктивный
Гипертрофия межчерпаловидного пространства	0 – нет 1 – умеренная 2 – средней степени 3 – тяжелая 4 – обструктивная
Гранулёма и грануляции	0 – нет 2 – есть
Эндоларингеальная слизь	0 – нет 2 – есть

С целью повышения точности интерпретации ларингоскопических проявлений ЛФР Belafsky и соавторы (2000) предложили оценочную шкалу – The Reflux Finding Score (RFS). По мнению авторов, данной методики достаточно для определения диагноза (табл. 2).

Сумма баллов может быть от 0 до 26. Использование данной оценочной шкалы позволяет отобразить динамику заболевания и определить эффективность проведенного лечения [12]. В то же время ряд авторов скептически относится к тестированию как к единственному методу диагностики ЛФР [35].

Несмотря на большое количество проведенных исследований, дискуссионным вопросом остается развитие злокачественных (эпителиальных) новообразований гортани под воздействием желудочного содержимого. Среди пациентов, страдающих раком гортани, у 60% был обнаружен пепсин в слюне [39], в то же время у обследуемых данной группы нельзя было исключить другие канцерогенные факторы (алкоголь, курение, вирусные инфекции и др.).

Стандартными методами диагностики ЛФР являются рентгенконтрастное исследование пищевода с барием, фиброэзофагоскопия и суточная рН-метрия. Моторно-эвакуаторная функция пищевода оценивается с помощью рентгенологического исследования пищевода с барием, что позволяет выявить наличие эзофагеального рефлюкса. В то же время, по мнению Ф.В. Семенова [2001], данный метод обнаруживает рефлюкс только в 20-30% случаев [1]. При проведении фиброэзофагоскопии принято различать эндоскопически позитивную (с признаками поражения слизистой оболочки) и эндоскопически негативную (без признаков поражения слизистой оболочки) гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь. Во время исследования у 20-33% больных определяется грыжа пищеводного отверстия диафрагмы [8, 31]. Вместе с тем отмечается, что данный метод диагностики мало информативен у пациентов с жалобами на персистирующий кашель и инспираторную одышку [21]. В то же время фиброэзофагоскопия чаще используется с целью исключения диагноза пищевода Баретта или аде-

нокарциномы пищевода, которые могут проявляться похожими симптомами [44].

«Золотым стандартом» из инструментальных методов диагностики ЛФР является суточная рН-метрия с одновременным использованием двух зондов (в проксимальном и дистальном отделах пищевода) [11, 20]. Современные приборы позволяют в течение 24 ч контролировать рН в пищеводе и гортанной части глотки одновременно. Для получения достоверных данных необходимо, как минимум за 2 недели до исследования, исключить прием ингибиторов протонной помпы или H<sub>2</sub>-блокаторов. Во время исследования больным рекомендуется вести привычный для них образ жизни и режим питания. Кроме того, обследуемый ведет личный дневник, в котором он отмечает время приема пищи, время, проведенное в горизонтальном положении, и фиксирует время появления симптомов рефлюкса. Хотя бы один эпизод снижения рН гортанной части глотки меньше 4 можно считать достоверным признаком ЛФР [43]. По мнению других авторов, снижение рН гортанной части глотки уже меньше 5, может свидетельствовать о наличии у пациента ЛФР [40]. Оценка полученных данных производится согласно критерию DeMeester, который позволяет установить степень кислого рефлюкса. Данный метод исследования имеет ряд преимуществ перед другими методами: удобство выполнения, неинвазивность, возможность длительного мониторинга, применение в амбулаторных условиях, динамическое наблюдение с целью контроля эффективности проводимой терапии [35].

Информативным является иммунологическое исследование с целью обнаружения пепсина в слюне. Данный метод активно используется в последние два десятилетия [38]. Это высокочувствительный неинвазивный метод, который позволяет выявить ЛФР при скудных клинических проявлениях [23, 29]. В лабораторных условиях определено, что пепсин активен только в кислой среде. При рН 8,8 и более происходит его денатурация и инактивация. Интересно, что артезианская вода содержит природные бикарбонаты с таким же уровнем

pH, чем обусловлено ее лечебное действие у пациентов с ЛФР [32].

В изучении патогенеза ЛФР большая роль отводится иммуногистохимическим исследованиям. С их помощью были выявлены механизмы повреждения эпителия слизистой оболочки гортани. В нормальной эпителии отмечается выраженная мембранная реакция с E-кадгерином, что подтверждает наличие плотных межклеточных контактов. В эпителии гортани у пациентов с ЛФР экспрессия E-кадгерина снижается или частично теряется [3, 47].

Если  $\beta$ -катенин отсутствует в клетках эндотелия, то наблюдается нарушение связей между клетками сосудистого эндотелия. В слизистой оболочке гортани уровень  $\beta$ -катенина не изменяется [41].

Иммунологическое исследование слизистой оболочки гортани у пациентов с ЛФР показало высокое содержание поверхностных маркеров цитотоксических Т-

лимфоцитов (CD8). Накопление CD8 зарегистрировано во всех слоях эпителия гортани [39].

В слюне человека в норме находится фермент угольной ангидразы, который вырабатывает бикарбонаты для защиты слизистой оболочки глотки и гортани от желудочной кислоты. Под действием пепсина происходит снижение уровня угольной ангидразы в слюне [24].

Таким образом, несмотря на большое количество рассматриваемых теорий возникновения патологического рефлюкса, а также и предложенных диагностических алгоритмов и мероприятий, до настоящего времени эта проблема далеко не решена. Несомненно, что только мультидисциплинарный подход позволит расширить спектр диагностики ЛФР-ассоциированных заболеваний, разработать диагностические алгоритмы и совершенствовать комплексную терапию этого контингента больных.

1. Горбонос И.В., Семенов Ф.В. Отоларингологические симптомы у больных гастроэзофагальным рефлюксом / Метод. рекомендации для студентов, интернов, клинических ординаторов и врачей. – Краснодар, 2001.
2. Горбонос И.В., Семенов Ф.В. Взаимосвязь ГЭРБ и симптомов хронического фарингита и ларингита // Вестн. оториноларингологии. – 2002. – №6. – С. 43-45.
3. Кизим В.В., Боечко С.К., Юренко Е.А., Кошик Е.А. Роль биомаркеров в диагностике ларингофарингеального рефлюкса // Щорічна традиційна весняна конференція Українського наукового медичного товариства оториноларингологів: Тез. доп. – Судак, 2012. – С. 95-96.
4. Погосова И.Е., Завикторина Т.Г., Солдатский Ю.Л., Кириллов В.И. Гастроэзофагеальный и фаринголарингеальный рефлюкс // Вестн. оториноларингологии. – 2007. – №5.
5. Рассмагин И.В. Предупреждение аспирации желудочного содержимого в дыхательные пути // Анестезиология и реаниматология. – 1979. – №4. – С. 34-38.
6. Садиков И., Лопатин А. Фаринголарингеальный рефлюкс // Мед. газета. – 25.11.2005. – №5. – С. 9.
7. Ahuja V., Yencha M.W., Lassen L.F. Head and neck manifestation of gastroesophageal reflux disease // American Family Physician. – 2000. – Vol.61, №6. – P. 1643-1644.
8. Awad R.A., Camacho S. Helicobacter pylori infection and hiatal hernia do not affect acid reflux and esophageal motility in patients with gastroesophageal reflux // J. of gastroenterology. – 2002. – Vol.37, №4. – P. 247-254.
9. Barry D.W., Vaezi M.F. Laryngopharyngeal reflux: more questions than answers // Cleveland Clinic J. of medicine. – 2010. – Vol.77, №5. – P. 327-334.
10. Belafsky P.C., Postma G.N., Amin M.R., Koufman J.A. Symptoms and findings of laryngopharyngeal reflux // Ear nose and throat journal. – 2002. – Vol. 81, №9. – P. 19-23.
11. Belafsky P.C., Postma G.N., Koufman J.A. Laryngopharyngeal reflux symptoms improve before changes in physical findings // Laryngoscope. – 2001. – Vol.81, №9. – P. 10-13.
12. Belafsky P.C., Rees C.J. Laryngopharyngeal reflux: the value of otolaryngology examination // Current Gastroenterology Reports. – 2008. – Vol.10, №3. – P. 278-282.

13. Belafsky P.C., Postma G.N., Koufman J.A. The validity and reliability of the reflux finding score (RFS) // *Laryngoscope*. – 2001. – Vol.111. – P. 1313-1317.
14. Cherry J., Margulies S.I. Contact ulcer of the larynx // *Laryngoscope*. – 1968. – Vol.78, №11. – P. 1937-1940.
15. Chung J.H., Tae K., Lee Y.S., Jeong J.H., Cho S.H. The significance of laryngopharyngeal reflux in benign vocal mucosal lesions // *Otolaryngology – head and neck surgery*. – 2009. – Vol.141, №3. – P. 369-373.
16. Cohen J.T., Bach K.K., Postma G.N., Koufman J.A. Clinical manifestations of laryngopharyngeal reflux // *Ear nose and throat journal* – 2002. – Vol.81, №9. – P. 19-23.
17. Delahunty J.E. Acid and the larynx // *British medical j.* – 1972. – Vol.22, №3. – P. 193-194.
18. Delgaudio J.M., Waring P. Empiric esomeprazole in the treatment of laryngopharyngeal reflux // *Laryngoscope*. – 2003. – Vol.113. – P. 598-601.
19. Farrokhi F., Vaezi M.F. Laryngeal disorders in patients with gastroesophageal reflux disease // *Minerva gastroenterologica e dietologica*. – 2007. – Vol.53, №2. – P. 181-187.
20. Giacchi R.J., Sullivan D., Rothstein S.G. Compliance with anti-reflux therapy in patients with otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease // *Laryngoscope*. – 2000. – Vol.110, №1. – P. 19-22.
21. Hoa M., Kingsley E.L., Cotichchia J.M. Correlating the clinical course of recurrent croup with endoscopic findings: a retrospective observational study // *The Annals of otology, rhinology and laryngology*. – 2008. – Vol.117, №6. – P. 464-469.
22. Issing W.J., Karkos P.D. Atypical manifestations of gastro-oesophageal reflux // *J. of the Royal society medicine*. – 2003. – Vol.96, №10. – P.477-480.
23. Jiang A., Liang M., Su Z., Chai L. Immunohistochemical detection of pepsin in laryngeal mucosa for diagnosing laryngopharyngeal reflux // *Laryngoscope*. – 2011. – Vol.121, №7. – P. 1423-1430.
24. Johnston N., Knight J., Dettmar P.W., Lively M.O., Koufman J. Pepsin and carbonic anhydrase isoenzyme III as diagnostic markers for laryngopharyngeal reflux disease // *Laryngoscope*. – 2004. – Vol.114. – P. 2129-2134.
25. Johnston N., Yan J.C., Hoekzema C.R., Samuels T.L., Stoner G.D., Blumin J.H., Bock J.M. Pepsin promotes proliferation of laryngeal and pharyngeal epithelial cells // *Laryngoscope*. – 2012. – Vol.122, №6. – P. 1317-1325.
26. Jung HK Epidemiology of gastroesophageal reflux disease in Asia: a systematic review // *J. of neurogastroenterology and motility*. – 2011. – Vol.17, №1. – P. 14-27.
27. Karkos P.D., Yates P.D., Carding P.N., Wilson J.A. Is laryngopharyngeal reflux related to functional dysphonia? // *The Annals of otology, rhinology and laryngology*. – 2007. – Vol.116, №1. – P. 24-29.
28. Kim G.H. Extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease // *The Korean j. of gastroenterology*. – 2008. – Vol.52, №2. – P. 69-79.
29. Knight J., Lively M.O., Johnston N., Dettmar P.W., Koufman J.A. Sensitive pepsin immunoassay for detection of laryngopharyngeal reflux // *Laryngoscope*. – 2005. – Vol.115, №8. – P. 1473-1478.
30. Koufman J.A., Aviv J.E., Casiano R.R. Laryngopharyngeal reflux; position statement of the committee on speech, voice, and swallowing disorders of the American academy of otolaryngology-head and neck surgery // *Otolaryngology – head and neck surgery*. – 2002. – Vol.127, №1. – P. 32–35.
31. Koufman J.A., Blalock P.D. Functional voice disorders // *Otolaryngologic clinics of North America*. – 1991. – Vol.24, №5. – P. 1059-1073.
32. Koufman J.A., Johnston N. Potential benefits of pH 8.8 alkaline drinking water as an adjunct in the treatment of reflux disease // *The Annals of otology, rhinology and laryngology*. – 2012. – Vol.121, №7. – P. 431-434.
33. Lipan M.J., Reidenberg J.S., Laitman J.T. Anatomy of reflux: a growing health problem affecting structures of the head and neck // *Anatomical record. Part B. New Anatomist*. – 2006. – Vol.289, №6. – P. 261-270.
34. Olson N.R. Laryngopharyngeal manifestations of gastroesophageal reflux disease // *Otolaryngologic clinics of North America*. – 1991. – Vol.24, №5. – P. 1201-1213;
35. Ouyang T., Tang S.X., Zhang L.T., Yao S.G., Clinical research of 24-hour double-probe pHmetry in the laryngopharyngeal reflux disease // *Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Wai Ke Za Zhi*. – 2012. – Vol.47, №4. – P. 320-323.
36. Park K.H., Choi S.M., Kwon S.U. Diagnosis of laryngopharyngeal reflux among globus patients // *Otolaryngology – head and neck surgery*. – 2006. – Vol.134, №1. – P. 81-85.
37. Price J.C., Jansen S.J., Johns M.E. Esophageal reflux and secondary malignant neoplasia at laryngoesophagectomy // *Archives of otolaryngology – head and neck surgery*. – 1990. – Vol.116, №2. – P. 163-164.
38. Printza A., Speletas M. Is pepsin detected in the saliva of patients who experience pharyngeal reflux? // *Hippocratia*. – 2007. – Vol.11, №3 – P. 145–149.
39. Rees Louisa E.N., Pazmany Laszlo The Mucosal Immune Response to Laryngopharyngeal Reflux // *American J. of respiratory and critical care medicine*. – 2008. – Vol.177, №11. – P. 1187-1193.

40. Reichel O., Issing W.J. Impact of different pH threshold for 24-h dual probe pH monitoring in patients with suspected laryngopharyngeal reflux // *Journal of laryngology and otology*. – 2008. – Vol.122. – P. 485-489;
41. Reichel O., Mayr D., Durst F., Berghaus A. E-cadherin but not beta-catenin expression is decreased in laryngeal biopsies from patients with LPR // *European archives of oto-rhino-laryngology*. – 2008. – Vol.265, №8. – P. 937-942.
42. Shaker R. Protective mechanisms against supraesophageal GERD // *J. of clinical gastroenterology*. – 2000. – Vol.30. – P. 3-8.
43. Sun G., Muddana S., Slaughter J.C., Casey S., Hill E., Farrokhi F., Garrett C.G., Vaezi M.F. A new pH catheter for laryngopharyngeal reflux: Normal values // *Laryngoscope*. – 2009. – Vol. 119, №8. – P. 1639-1643.
44. Vaezi M.F. Atypical manifestations of Gastroesophageal Reflux Disease // *Medscape general medicine*. – 2005. – Vol. 7, №4. – P. 25.
45. Vaezi M.F., Hicks D.M., Abelson T.I., Richter J.E. Laryngeal signs and symptoms and GERD: a critical assessment of cause and effect association // *Clinical gastroenterology and hepatology*. – 2003. – Vol.1. – P. 333-344.
46. Ward Paul H. Complications of gastroesophageal reflux // *The Western J. of medicine*. – 1988. – Vol.141, №1. – P. 58-65.
47. Wood J.M., Hussey D.J., Woods C.M., Watson D.I., Carney A.S. Biomarkers and laryngopharyngeal reflux // *J. of laryngology and otology*. – 2011. – Vol. 125, №12. – P. 1218-1224.

Поступила в редакцію 17.10.13.

© В.В. Кизим, Е.А. Юренко, 2014

#### ЛАРИНГОФАРИНГЕАЛЬНИЙ РЕФЛЮКС: ПРОЯВИ ТА ДІАГНОСТИКА. Повідомлення I

*Кізім В.В., Юренко К.О. (Донецьк)*

##### *Резюме*

Проаналізовано вітчизняні та іноземні літературні джерела з проблеми ларингофарингеального рефлюксу. В огляді розглянуто питання, які стосуються історії вивчення даної проблеми, наведені аспекти термінології. Розглянуто основні клінічні прояви ЛФР у ларингологічній практиці, обговорено сучасні діагностичні підходи. У наш час найбільш перспективними являються як функціональні (добова рН-метрія), так і імуногістохімічні (визначення Е-кадгеріна у слизовій оболонці гортані) дослідження. Визначено подальші перспективи вивчення цієї патології.

**Ключові слова:** ларингофарингеальний рефлюкс, клінічні прояви, діагностичні підходи.

#### THE LARYNGOPHARYNGEAL REFLUX: MANIFESTATION AND DIAGNOSTICS. Part I

*Kizim V.V., Yurenko E.A. (Donetsk)*

##### *Summary*

The domestic and foreign references, which describe the problem of laryngopharyngeal reflux, have been decomposed. There are some questions about history of the study and aspects of terminology. Have been adduced the basic clinical manifestations of LPR in laryngology practice, modern diagnostic approaches are discussed. At the moment the most perspective represent as functional (daily pH-monitoring), and immunohistology (definition E-cadherin to a throat mucous membrane) researches. The further prospects of studying of the given pathology are defined.

**Keywords:** laryngopharyngeal reflux, clinical manifestations, diagnostic approaches.