

НАУЧНЫЙ ОБЗОР,
ИЛЛЮСТРИРОВАННЫЙ КЛИНИЧЕСКИМ НАБЛЮДЕНИЕМ

doi : 10.52485/19986173_2022_1_1

УДК 616.329-002

¹ Жилина А.А., ^{2,3} Бусалаева Е.И.

ВОЗМОЖНОСТИ СУТОЧНОЙ ВНУТРИПИЩЕВОДНОЙ pH-ИМПЕДАНСОМЕТРИИ
В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ВНЕПИЩЕВОДНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, 672000, г. Чита, ул. Горького, 39а;

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Чувашияский государственный университет имени И.Н. Ульянова», 428015, г. Чебоксары, Московский проспект, 15;

³ Государственное автономное учреждение чувашской республики дополнительного профессионального образования «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашии, 428018, г. Чебоксары, ул. М. Сеспеля, 27.

Резюме. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь проявляется широким спектром пищеводных и внепищеводных симптомов, которые могут быть расценены как другое заболевание (так называемые «маски»). Валидизированные опросники, такие как «Индекс симптомов рефлюкса» и Gerd Q могут быть использованы в рутинной практике для объективизации имеющихся у больного жалоб. Однако более достоверным методом доказательства рефлюксной природы имеющихся у пациента симптомов является 24-часовая внутрипищеводная pH-импедансометрия. С ее помощью можно осуществить не только своевременную диагностику, но и подобрать адекватную терапию. В качестве иллюстрации данных литературы приводится описание клинического случая.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), опросники, внепищеводные проявления, 24-часовая внутрипищеводная pH-импедансометрия, рефлюкс-эзофагит

¹ Zhilina A.A., ^{2,3} Busalava E.I.

24-HOUR INTRAESOPHAGEAL IMPEDANCE-pH MONITORING IN DIAGNOSIS AND
TREATMENT OF EXTRAESOPHAGEAL MANIFESTATIONS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX
DISEASE

¹Chita State Medical Academy, 39A Gorky str., Chita, Russia, 672000;

²Chuvash State University named after I. N. Ulyanov», Cheboksary, 15 Moscow avenue, 428015;

³Institute of Postgraduate Medical Education, Cheboksary, 27 Sespel str., 428018.

Abstract. Gastroesophageal reflux disease is characterized by a wide range of esophageal and extraesophageal manifestations, which can be considered as a different disease (the so-called "masks"). Validated questionnaires, such as the Index of Reflux Symptoms and Gerd Q, can be useful in routine practice to objectify the patient's complaints. However, a more reliable diagnostic method for the reflux nature of the patient's symptoms is 24-hour intraesophageal impedance-pH measurement. It can be helpful both in a timely diagnosis and in choosing an adequate therapy. A description of a clinical case is provided as an illustration of the literature data.

Keywords: gastroesophageal reflux disease (GERD), questionnaires, extraesophageal manifestations, 24-hour intraesophageal impedance-pH monitoring

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся регулярным забросом (рефлюксом) в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого, что приводит к появлению симптомов, ухудшающих качество жизни пациента [1].

По мнению ряда авторов, распространенность ГЭРБ ежегодно увеличивается [1-3]. Однако истинная частота встречаемости данной патологии остается недооцененной. В поле зрения врача попадают больные, качество жизни которых нарушают имеющиеся симптомы – так называемые «госпитальные» и «амбулаторные» рефлюксы. Однако это лишь надводная часть айсберга. Значительная часть пациентов предпринимает самостоятельные попытки справиться с имеющимися симптомами, откладывая визит к врачу на длительный период. Их относят к группе так называемых «телефонных», а с учетом современных реалий – «интернетных» рефлюксов. Пациенты, пытаясь облегчить свое состояние, предпочитают использовать сведения, не всегда достоверные, найденные в интернете, и не обращаются к врачу. По данным Louis (2002), ряда отечественных авторов, проходит до 10 лет, прежде чем пациенту будет оказана медицинская помощь [2, 3].

При сборе жалоб необходимо уточнить, действительно ли пациента беспокоит изжога или он называет этим термином другие ощущения. На VII съезде Научного общества гастроэнтерологов России (21.03.2007) одобрено определение, которое подчеркивает ключевой признак изжоги, отличающий ее от схожих симптомов, а именно: «..чувство жжения за грудиной и/или в подложечной области, распространяющееся снизу вверх...». Этот признак необходимо детализировать и уточнять при расспросе во избежание диагностических ошибок. Именно наличие и частота изжоги являются важнейшими признаками, позволяющими предполагать ГЭРБ. Наряду с отрыжкой, срыгиванием и одинофагией, изжога входит в типичный симптомокомплекс рефлюкса, который значительно ухудшает качество жизни пациента. Этот симптомокомплекс и некардиальные боли в грудной клетке относят к пищеводным проявлениям ГЭРБ [1-3].

Для предварительной диагностики ГЭРБ в рутинной практике используется Международный стандартизованный опросник Gerd Q, прошедший апробацию на российской популяции. Пациент самостоятельно отвечает на 6 вопросов, разделенных на три группы. Группа А объединяет вопросы о наличии симптомов, свидетельствующих в пользу ГЭРБ. Группа В – вопросы о симптомах, частое появление которых ставит диагноз ГЭРБ под сомнение. Группа С содержит вопросы о влиянии симптомов на качество жизни. Все вопросы касаются последних 7 дней, при этом в качестве клинического критерия выбрана не тяжесть, а частота симптомов, поскольку пациенту легче описать этот признак. Анализ результатов опросника проводится по сумме баллов. Максимально возможная сумма составляет 18 баллов. При сумме от 8 и выше баллов устанавливается диагноз ГЭРБ [4].

При подозрении на ГЭРБ (в отсутствие противопоказаний) всем пациентам рекомендуется проведение эзофагогастродуоденоскопии. Эндоскопическими признаками ГЭРБ являются гиперемия и рыхлость слизистой оболочки, эрозии и язвы пищевода, наличие экссудата, наложений фибрина, признаков кровотечения. Метод позволяет выявить и другие феномены, в частности пролапс слизистой желудка в пищевод и другие. По данным эзофагогастродуоденоскопии выделяется и неэрозивная рефлюксная болезнь (НЭРБ). Под этим термином понимается субкатегория ГЭРБ, для которой характерно наличие рефлюксных симптомов без эрозивных повреждений слизистой оболочки пищевода [1-3]. Однако и при НЭРБ имеются повреждения межклеточных контактов слизистой оболочки пищевода. Это позволяет соляной кислоте, пепсину, солям желчных кислот проникать в более глубокие слои стенки пищевода [3]. Большинство авторов отмечает отсутствие параллелизма между тяжестью эндоскопических изменений и клинических симптомов заболевания. Клиническая симптоматика и качество жизни пациентов с НЭРБ сопоставимы с таковыми при эрозивной ГЭРБ [2, 3].

ГЭРБ нередко и вполне обоснованно называют болезнью-хамелеоном, поскольку клиническая картина заболевания складывается как из пищеводных, так и внепищеводных проявлений, которые могут наблюдаться изолированно и в комбинациях [1-3, 5-8].

Внепищеводные проявления ГЭРБ подразделяют на две группы. К первой относят те, связь которых с ГЭРБ имеет достаточно убедительные доказательства (хронический кашель, ассоциированный с рефлюксом, хронический ларингит, бронхиальная астма, эрозии эмали

зубов). Вторую группу составляют состояния и заболевания, чья связь с ГЭРБ предполагается (фарингит, синусит, легочный фиброз, средний отит) [1-3, 5-8]. Круг заболеваний, в возникновении и патогенезе которых гастро-эзофагеальный рефлюкс (ГЭР) может играть важную роль, безусловно, значительно шире [2, 3]. Считается, что внепищеводные проявления более характерны для пациентов с эрозивной формой ГЭРБ [3].

Нередко ГЭРБ манифестирует не типичной симптоматикой, а именно клинической маской. Наиболее известны так называемые «астматическая» и «кардиальные» маски ГЭРБ. В ряде случаев это затрудняет диагностику, отодвигает сроки установления правильного диагноза на несколько лет, что негативно сказывается на прогнозе заболевания [2, 3, 5-8]. Характерной особенностью внепищеводных проявлений ГЭРБ является их рефрактерность к обычному, традиционному лечению. При устранении же рефлюкса многие из этих явлений проходят самостоятельно и легко поддаются медикаментозной коррекции [2, 3, 5-8].

Отоларингологическая маска проявляется чувством першения в горле, осиплостью вплоть до потери голоса, сухим кашлем, который нередко носит характер лающего, ощущением «кома в горле» [1-3, 5]. Изменения слизистой оболочки глотки и гортани у пациентов с ГЭРБ диагностируется в 1,5-2 раза чаще, чем у пациентов без таковой. Наиболее частой формой поражений является так называемый задний ларингит: ларингоскопически в задней области голосовых складок обнаруживают отек, гиперемию, эрозии и воспалительные гранулемы [2, 3]. Кокорина Е.В. с соавт. (2007) отмечают, что, несмотря на различные виды патологии гортани, у пациентов с ГЭРБ отмечается сходная ларингоскопическая картина: гипертрофия слизистой оболочки межчерпаловидной области, диффузный отек слизистой оболочки всех этажей гортани, гиперемия слизистой межчерпаловидной области, отек голосовых складок и гиперемия подскладкового отдела гортани [5].

И.В. Маев с соавт. (2018), подводя итог 20-летнего изучения особенностей течения ГЭРБ, отмечают, что у 88,5% пациентов с ГЭРБ имеется оториноларингологическая патология. Причем в подавляющем большинстве данная маска была представлена хроническим фарингитом. Авторы предлагают пациентам с упорным и/или рецидивирующим течением ЛОР-заболеваний проводить углубленное обследование вследствие высокого риска наличия у них ГЭРБ [2].

О.И. Костюкевич и соавт. (2018) также отмечают, что сочетание ГЭРБ и патологии ЛОР-органов встречается в 88,5%, а наиболее часто выявляется сочетание хронического фарингита и ринита — в 23,3% случаев [3]. У 80% пациентов с ларингитом, не отвечающих на стандартную терапию, при дообследовании диагностируется ГЭРБ [3].

Для выявления ларинго-фарингиального рефлюкса используют опросник «Индекс симптомов рефлюкса», который был разработан P.S. Belafsky, J.A. Koufman в 2001 г. [9, 10]. В нашей стране данный опросник адаптирован В.Е. Кокориной и содержит 9 вопросов. Каждый симптом оценивается пациентом по степени выраженности от 0 до 5 баллов [5]. Сумма баллов до 9 – рефлюкс желудочного содержимого в гортань и пищевод маловероятен и может не учитываться при терапии; при сумме от 9 до 13 баллов – диагноз ГЭРБ вероятен и требует подтверждения. При набранной сумме баллов выше 13 диагноз ларинго-фарингиального рефлюкса расценивается как несомненный [5, 9-13].

При подозрении на внепищеводные проявления ГЭРБ для верификации корреляции между появлением симптома и эпизодами рефлюкса пациентам рекомендовано проведение 24-часовой внутрипищеводной рН-импедансометрии [1-3, 7, 14].

Суточная рН-метрия имеет очень высокую чувствительность (88-95%) в диагностике типичной ГЭРБ и может быть использована для подбора индивидуальной терапии (УДД 1, УУР А) [1]. Стандартная методика с расположением рН-зонда в дистальном отделе пищевода, позволяет регистрировать патологический кислый ГЭР и оценить его взаимосвязь с симптомами ГЭРБ.

Однако эта методика имеет ряд технических ограничений, в частности, неточное и/или невоспроизводимое позиционирование зонда, артефакты, возникающие при глотании, колебания значений рН и отсутствие общепринятых нормальных значений. Desjardin M. et al.

(2013), анализируя данные проводимой рН-метрии пищевода и гортаноглотки у здоровых добровольцев, отметили, что снижение рН в ларингофарингеальной области ниже 4.0 только у небольшого числа пациентов имело связь с проявлениями ГЭР и ларинго-фарингеального рефлюкса, а в 90% случаев эти значения ассоциировались с эпизодами глотков [15, 16].

Импедансометрия пищевода – метод регистрации жидких и газовых рефлюксов, основанный на измерении сопротивления (импеданса), которое оказывает электрическому току содержимое, попадающее в просвет пищевода. С его помощью возможно выявить эпизоды рефлюкса в пищевод независимо от рН и физического состояния (газ, жидкость) рефлюктата. А рН-датчики определяют кислотность рефлюктата (кислый, слабокислый, слабощелочной) [1, 14]. На импедансограмме снижение уровня импеданса на импедансных каналах говорит о том, что в просвет пищевода попало достаточно плотное содержимое. Такая картина характерна для жидкого рефлюкса. Повышение импеданса свидетельствует о том, что в пищевод попал воздух (газ), т. е. рефлюкс газовый. По импедансограмме возможно дифференцировать ретроградный и антеградный ток жидкости для исключения случаев симуляции рефлюкса пациентами путем приема жидкости [7].

Комбинированная суточная внутриводная рН-импедансометрия считается оптимальным методом исследования ГЭР, который позволяет верифицировать любые типы рефлюксов (кислые, слабокислые, слабощелочные) и определить степень проксимального распространения рефлюкса в пищеводе [2]. С высоким уровнем доказательности (УУР А, УДД-1) данное обследование рекомендуется проводить при подозрении на внепищеводные проявления ГЭРБ (некардиальная боль в грудной клетке, хронический кашель, бронхиальная астма, хронический фарингит, ларингит, выраженная отрыжка). Для диагностики ларинго-фарингеального рефлюкса рекомендуется применение комбинированного рН-импедансометрического зонда с расположением одного рН-датчика в желудке и двух в пищеводе [1].

В соответствии с клиническими рекомендациями, диагноз ГЭРБ устанавливается при наличии характерных жалоб или выявление ГЭРБ прежде и/или обнаружения рефлюкс-эзофагита при эндоскопическом исследовании, выявление патологического ГЭР при рН-метрии и рН-импедансометрии [1].

Комплексное лечение ГЭРБ включает в себя немедикаментозную и лекарственную терапию. В соответствии с действующими клиническими рекомендациями сохраняют свою актуальность мероприятия по изменению образа жизни и характеру питания: отказ от курения, 3-4 разовое питание с избеганием перекусов, прием пищи не менее чем за два часа до сна. Рекомендуется избегать употребления в пищу томатов, кислых фруктовых соков, продуктов, усиливающих газообразование, жирной пищи, шоколада, кофе, ограничить употребление алкоголя, горячей и холодной пищи, любых газированных напитков. Не стоит носить тугую, стесняющую одежду, поднимать тяжести более 8-10 кг на обе руки, выполнять работы, сопряженные с наклоном туловища, физические упражнения, связанные с перенапряжением мышц брюшного пресса. Необходимо помнить о возможном побочном действии препаратов, которые расслабляют нижепищеводный сфинктер (нитраты, антагонисты кальция группы нифедипина, теofilлин, прогестерон, антидепрессанты) [1].

Консервативное лечение ГЭРБ включает в себя применение препаратов разных фармакологических групп. Ингибиторы протонной помпы являются основным классом в лечении заболевания, показаны как при пищеводных, так и внепищеводных проявлениях ГЭРБ. В случае слабо-кислых и/или щелочных рефлюксов в комбинации с ингибиторами протонной помпы могут применяться антациды, эзофагопротекторы, прокинетики, урсодезоксихолевая кислота, реbamипид [1-3].

В качестве иллюстрации приводим собственное наблюдение.

Больная X. 38 лет направлена к гастроэнтерологу после обращения к отоларингологу по поводу постоянного ощущения «кома в горле» в течение последнего месяца. Появление данного состояния связывает со стрессовой ситуацией. Описания видеоларингостробоскопии предоставлено не было.

Из анамнеза жизни обращает на себя внимание, что больная курит (нерегулярно, 1 сигарету 3-4 раза в месяц), редко пьет кофе (1 чашка 1 раз в неделю), примерно 1 раз в неделю употребляет алкоголь. Длительное время страдает хроническим фарингитом, ларингитом.

При осмотре: состояние удовлетворительное, рост – 165 см, вес – 67 кг, индекс массы тела – 24 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Частота дыхательных движений – 16 в минуту, пульс – 76 ударов в минуту, удовлетворительных качеств, артериальное давление – 126/83 мм рт. ст. Размеры печени по Курлову – 9×8×7 см. Стул ежедневно, оформленный, тип по Бристольской шкале – 3-4.

Результаты опроса пациентки Х. представлены в таблицах 1, 2.

Таблица 1

Шкала «Индекс симптомов рефлюкса» по Кауфману (2001)
для пациентки Х. 38 лет

Название симптома	Оценка симптома ларинго-фаренгиального рефлюкса в баллах					
	0	1	2	3	4	5
Дисфония, голосовая утомляемость	+					
Першение и желание полоскать горло	+					
Затруднение при глотании еды, жидкости, таблеток	+					
Кашель после принятия пищи или в положении лежа	+					
Затруднение дыхания, удушье	+					
Постоянный мучительный кашель	+					
Ощущение кома в горле						+
Изжога, отрыжка кислым, боль за грудиной					+	
Обильное количество слизи в горле	+					

По опроснику сумма баллов оказалась равна 9, что не позволяет говорить о наличии типичных симптомов ларинго-фаренгиального рефлюкса.

Таблица 2

Опросник Gerd Q для пациентки Х. 38 лет

<i>1. Как часто Вы ощущаете изжогу (жжение за грудиной)?</i>			
0 дней (0 баллов)	1 день (1 балл)	2-3 дня (2 балла)	4-7 дней (3 балла)
0	-	-	-
<i>2. Как часто Вы отмечали, что содержимое желудка (жидкость либо пища) снова попадает в глотку или полость рта (отрыжка)?</i>			
0 дней (0 баллов)	1 день (1 балл)	2-3 дня (2 балла)	4-7 дней (3 балла)
-	-	-	3
<i>3. Как часто Вы ощущали боль в центре верхней части живота?</i>			
0 дней (0 баллов)	1 день (1 балл)	2-3 дня (2 балла)	4-7 дней (3 балла)
-	-	2	-
<i>4. Как часто вы ощущали тошноту?</i>			
0 дней (0 баллов)	1 день (1 балл)	2-3 дня (2 балла)	4-7 дней (3 балла)
0	-	-	-
<i>5. Как часто изжога и/или отрыжка мешали Вам хорошо выспаться ночью?</i>			
0 дней (0 баллов)	1 день (1 балл)	2-3 дня (2 балла)	4-7 дней (3 балла)
0	-	-	-
<i>6. Как часто по поводу изжоги и/или отрыжки Вы дополнительно принимали другие средства (раствор пищевой соды, Маалокс, Ренни, Альмагель, Фосфалюгель, Гастал, Ортанол, Гевискон), кроме рекомендованных лечащим врачом?</i>			
0 дней (0 баллов)	1 день (1 балл)	2-3 дня (2 балла)	4-7 дней (3 балла)
-	1	-	-

По итогам опросника Gerd Q пациентка набрала 6 баллов, что не являлось клинически значимым для диагностики ГЭРБ.

Для уточнения генеза имеющихся симптомов проведено углубленное исследование.

При эзофагогастродуоденоскопии пищевод свободно проходим, в нижней трети полосы гиперемии, кардия смыкается кратковременно. В желудке натошак умеренное количество пенистой слизи. Слизистая желудка с мелкими пятнами гиперемии. Складки продольные, легко расправляются. Привратник свободно проходим. Луковица двенадцатиперстой кишки и постбульбарный отдел не изменены.

Быстрый уреазный тест на *Helicobacter Pylori* положительный.

По результатам биопсии антрального отдела желудка документирован хронический атрофический гастрит 2 стадии, умеренной (2 степень) воспалительной реакции 2 типа. При проведении цитологического исследования выявлена высокая степень обсемененности *Helicobacter Pylori*.

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости выявлена гемангиома в правой доле (6-7 сегмент) печени 1,6×1,5 см в диаметре.

Пациентке проведена суточная рН-импедансометрия. Зонд введен трансназально, выполнен рентгенологический контроль расположения датчиков. рН-датчик № 1 установлен на уровне 12 см ниже нижепищеводного сфинктера (НПС). По данным суточной рН-метрии определялось гипоацидное состояние (рН, вычисленный по средней концентрации ионов H^+ составил 2,6 единицы).

Второй рН-датчик был расположен в пищеводе на высоте 5 см над краем НПС. За время исследования зарегистрировано 70 кратковременных (менее 5 мин.) кислых (рН менее 4 единиц) гастроэзофагеальных рефлюксов (ГЭР), возникающих как после еды, так и не связанных с приемом пищи, в том числе в ночное время 7 рефлюксов. Три рефлюкса имели продолжительность более 5 мин. Процент времени рН менее 4,0 единиц составил 5,6, что не позволяет убедительно говорить о наличии патологического кислого ГЭР. Обобщенный показатель De Meester равен 19,85 (при норме менее 14,72) [17].

Третий рН-датчик установлен на уровне 19 см над краем НПС. За время мониторинга было зарегистрировано 11 кислых рефлюксов, один из них длился более 5 минут, рефлюксы возникали вне связи с едой.

По результатам суточной рН-импедансометрии было выявлено 138 жидких и смешанных рефлюксов, кроме того у пациентки определялось 23 газовых ГЭР. По химическому составу выделено 94 кислых, 10 слабокислых и 34 щелочных рефлюкса.

С учетом развития внепищеводных проявлений ГЭРБ имеет значение регистрация у пациентки высоких ГЭР. Из общего числа высоты 19 см над краем НПС достигли 32 рефлюкса (16 жидких и 16 смешанных) с химической характеристикой: 19 кислых, 2 слабокислых, 11 щелочных. Общее время экспозиции болюса относительно уровня НПС у больной составило 6,9% (при норме менее 1,4%) на 5 см выше НПС и 3,18% (при норме менее 0,8%) на 15 см выше НПС.

Нами сделан вывод о наличии у пациентки патологических кислых, слабощелочных жидких и смешанных рефлюксов с длительной экспозицией болюса на 5 и 15 см выше НПС, что может свидетельствовать о наличии внепищеводных проявлений ГЭРБ. На рис. 1 представлен фрагмент суточной рН-импедансометрии больной.

У пациентки Х. ранее ГЭРБ не диагностировалась, однако имеется длительный стаж хронического фарингита и ларингита, которые могли быть ассоциированы с ГЭРБ. При эндоскопическом исследовании верифицирован рефлюкс-эзофагит, документированы патологические ГЭР при рН-импедансометрии, что подтвердило предположение гастроэнтеролога о наличии ГЭРБ у пациентки Х.

Полный клинический диагноз был сформулирован следующим образом: ГЭРБ. Катаральный рефлюкс-эзофагит. Хронический атрофический гастрит 2 стадии, ассоциированный с *Helicobacter Pylori*, умеренной активности. Гемангиома правой доли печени.

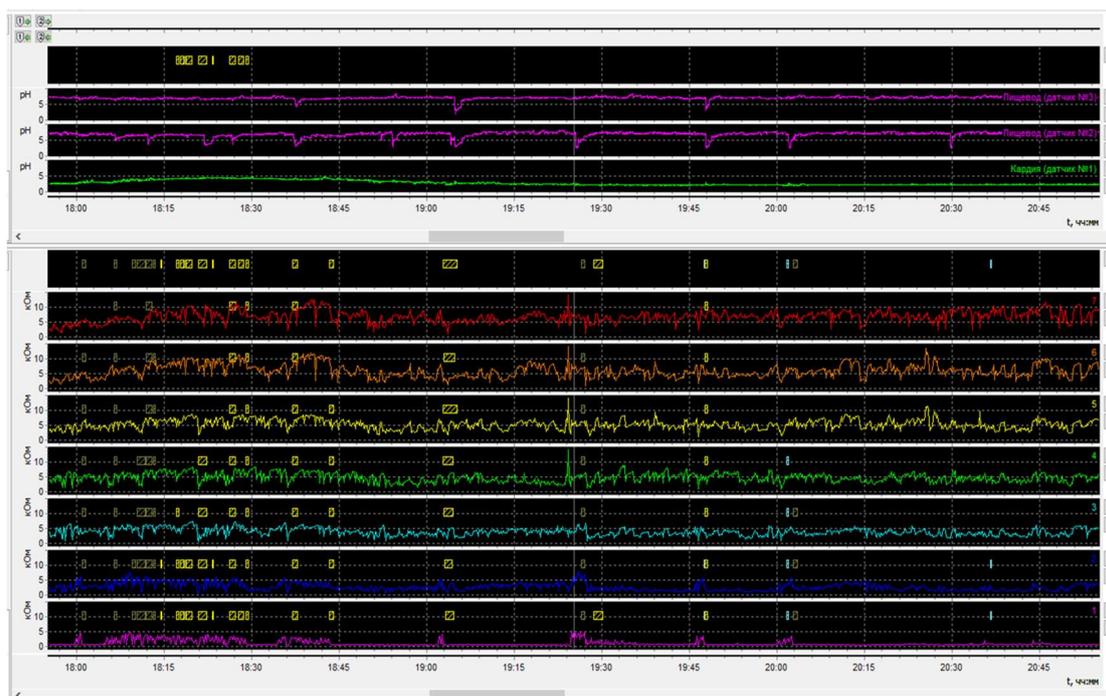


Рис. 1. Фрагмент графика суточной pH-импедансометрии пациентки X. 38 лет (кислые и слабокислые жидкие и смешанные высокие рефлюксы)

Пациентке даны рекомендации по образу жизни и характеру питания в соответствии с действующими клиническими рекомендациями [1].

Медикаментозное лечение пациентки X. проводилось поэтапно.

Первым этапом проводилась эрадикационная терапия *Helicobacter Pylori*. Хотя наличие/отсутствие инфекции *Helicobacter Pylori* не влияет на клинические проявления и эффективность терапии ГЭРБ, но у пациентки документирован хронический гастрит, что требует осуществления эрадикации. Кроме того, поскольку лечение ГЭРБ предполагает длительное применение ингибиторов протонной помпы, то для уменьшения возможности развития транслокации *Helicobacter Pylori* из антрального отдела и снижения риска развития и усугубления атрофии слизистой оболочки желудка необходимо выполнение эрадикации [1, 18]. Выбрана 14-дневная трехкомпонентная схема (Рабепразол 40 мг в сутки в 2 приема + Амоксициллин 2,0 в сутки в 2 приема + Кларитромицин 1,0 в сутки в 2 приема), усиленная Висмута трикалия дицитратом 480 мг в сутки в 2 приема. Контроль эффективности проведен через 4 недели после завершения терапии. С¹³-уреазный дыхательный тест не показал наличие *Helicobacter Pylori*, т. е. эрадикация была эффективной.

Второй этап включал в себя применение ингибитора протонной помпы Рабепразола 0,02 по 1 капсуле 2 раза в день в течение 8 недель, затем по 1 капсуле утром за 30 мин. до первого приема пищи в течение 16 недель.

Поскольку у пациентки имелись не только кислые, но смешанные и слабощелочные рефлюксы, то терапия ингибиторами протонной помпы была усилена: дополнительно назначены Малгадрат 0,8 + симетикон 0,04 по 1 таблетке через 40 мин. после еды и на ночь в течение 4 недель и Урсодезоксихолиевая кислота по 500 мг вечером в течение 4 недель.

Контрольные визиты были запланированы на 28-й, 56-й и 112-й день.

На втором и третьем визите пациентка отмечала положительную динамику в виде купирования жалоб (ощущения «комка» в горле не было), то есть достигнуто клиническое улучшение.

При визите на 112-й день пациентка предоставила данные повторного эндоскопического исследования, по результатам которого изменений в пищеводе не

выявлено, признаков воспаления слизистой желудка нет, то есть достигнуто и эндоскопическое улучшение.

Данный клинический случай демонстрирует возможности суточной рН-импедансометрии для верификации внепищеводных проявлений ГЭРБ. С его помощью возможно не только своевременно установить диагноз, но и подобрать грамотное лечение.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Список литературы:

1. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., Лапина Т.Л., Сторонова О.А., Зайратьянц О.В., Дронова О.Б., Кучерявый Ю.А., Пирогов С.С., Сайфутдинов Р.Г., Успенский Ю.П., Шептулин А.А., Андреев Д.Н., Румянцева Д.Е. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020. 30 (4). 70–97. DOI: <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-4-70-97>.
2. Маев И.В., Казюлин А.Н., Юренев Г.Л., Вьючнова Е.С., Лебедева Е.Г., Дичева Д.Т., Бусарова Г.А. Маски гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Итоги 20 лет наблюдений. Фарматека. 2018. 13. 30-43. DOI: <https://dx.doi.org/10.18565/pharmateca.2018.13.30-43>.
3. Костюкевич О.И., Рылова А.К., Рылова Н.В., Былова Н.А., Колесникова Е.А., Корсунская М.И., Смбирцева А.С. Внепищеводные маски гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. РМЖ «Медицинское обозрение». 2018; 7 (II): 76-81.
4. Кайбышева О.В. Кучерявый Ю.А., Трухманов А.С., Сторонова О.А., Коньков М.Ю., Маев И.В., Ивашкин В.Т. Результаты многоцентрового наблюдательного исследования по применению международного опросника GerdQ для диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2013. 5. 15-23.
5. Кокорина В.Э. Критерии диагностики ларингеальной патологии, ассоциированной с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Дальневосточный медицинский журнал. 2007. 3. 89-91.
6. Тарасова Л.В., Бусалаева Е.И. Всегда ли боль в груди считать атрибутом стенокардии? Из архива клинициста. Фарматека. 2020; 2: 105-111. DOI: <https://dx.doi.org/10.18565/pharmateca.2020;2:105-111>.
7. Жилина А.А., Филиппов И.Ю., Антонова Е.С. Рефлюкс-ассоциированный кашель: современные возможности дифференциальной диагностики. Материалы конф. «Во имя здоровья нации». Чебоксары, 21-22. 09. 2021. 50-56.
8. Тарасова Л.В., Бусалаева Е.И., Добров А.В. Бронхоспазм как внепищеводное проявление гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2014; 109 (9): 88–90.
9. 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.
10. Pendleton H., Ahlner-Elmqvist M., Olsson R., Hammar O., Jannert M., Ohlsson B. Posterior laryngitis: a disease with different aetiologies affecting health-related quality of life: a prospective case-control study. BMC Ear Nose Throat Disord. 2013. 13 (1). 11. doi: 10.1186%2F1472-6815-13-11.
11. Старостина С.В., Махов В.М., Большаков А.В. Роль функционально-анатомических нарушений пищевода и желудка в развитии патологии гортани: обзорная статья. Consilium Medicum. 2019; 21(11): 9–14. doi: 10.26442/20751753.2019.11.190637.
12. Fraser-Kirk K. Laryngopharyngeal reflux: A confounding cause of aerodigestive dysfunction. Aust Fam Physician. 2017. 46 (1). 34–39. Available at: <https://www.racgp.org.au/afp/>

2017/januaryfebruary/laryngopharyngealreflux-a-confounding-cause-of-aerodigestive-dysfunction.

13. Маев И.В., Сельская Ю.В., Андреев Д.Н., Дичева Д.Т., Боголепова З.Н., Кузнецова Е.И. Ларингофарингеальный рефлюкс: клиническое значение, современные подходы к диагностике и лечению. Медицинский совет. 2019. 3. 8-16. DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-3-8-16>.
14. Старостина С.В., Махов В.М., Сторонова О.А., Большаков А.В., Куприна И.В., Трухманов А.С., Ивашкин В.Т. Возможности 24-часовой рН-импедансометрии пищевода в диагностике ГЭРБ-ассоциированных заболеваний гортани. Медицинский совет. 2020. 16. 62-72. Doi: [10/21518/2079-70X-2020-16-62-72](https://doi.org/10.21518/2079-70X-2020-16-62-72).
15. Koufman J.A., Aviv J.E., Casiano R.R. et al. Laryngopharyngeal reflux: position statement of the Committee on Speech, Voice, and Swallowing Disorders of the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery // *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2002. 127. 32–35.
16. Desjardin M., Roman S., des Varannes S.B. et al. Pharyngeal pH alone is not reliable for the detection of pharyngeal reflux events: a study with oesophageal and pharyngeal pH-impedance monitoring // *United European Gastroenterol J*. 2013. 1. 438–444.
17. Roman S., Gyawali C.P., Savarino E., Yadlapati R., Zerbib F., Wu J. Ambulatory reflux monitoring for diagnosis of gastro-esophageal reflux disease: Update of the Porto consensus and recommendations from an international consensus group. *Neurogastroenterol Motil*. 2017. 29 (10). 1–15. doi: [10.1111/nm](https://doi.org/10.1111/nm).
18. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л., Шептулин А.А., Трухманов А.С., Баранская Е.К., Абдулхаков Р.А., Алексева О.П., Алексеенко С.А., Дехнич Н.Н., Козлов Р.С., Кляритская И.Л., Корочанская Н.В., Курилович С.А., Осипенко М.Ф., Симаненков В.И., Ткачев А.В., Хлынов И.Б., Цуканов В.В. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2018. 28 (1). 55-70 DOI: [10.22416/1382-4376-2018-28-1-55-70](https://doi.org/10.22416/1382-4376-2018-28-1-55-70)

References:

1. Ivashkin V.T., Maev I.V., Trukhmanov A.S., Lapina T.L., Storonova O.A., Zayratyants O.V., Dronova O.B., Kucheryavyu Yu.A., Pirogov S.S., Sayfutdinov R.G., Uspenskiy Yu.P., Sheptulin A.A., Andreev D.N., Rummyantseva D.E. Recommendations of the Russian Gastroenterological Association in Diagnosis and Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2020. 30 (4). 70–97. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-4-70-97>. in Russian.
2. Mayev I.V., Kazyulin A.N., Yurenev G.L., Vyuchnova E.S., Lebedeva E.G., Dicheva D.T., Busarova G.A. Masks of gastroesophageal reflux disease. Results of 20-year observation. *Farmateka*. 2018. 13. 30-43. DOI: [dx.doi.org/10.18565/pharmateka.2018.13.30-43](https://doi.org/10.18565/pharmateka.2018.13.30-43). in Russian.
3. Kostyukevich O.I., Rilova A.K., Rilova N.V., Bilova N.A., Kolesnikova E.A., Korsunskaya M.I., Simbirtseva A.S. Extraesophageal masks of gastroesophageal reflux disease. *RMJ. Medical Review*. 2018. 7 (II). 76–81. in Russian.
4. Kaybysheva V.O., Kucheryavy Yu.A., Trukhmanov A.S., Storonova O.A., Konkov M.Yu., Mayev I.V., Ivashkin V.T. Results of multicenter observation study on application of international questionnaire GerdQ for diagnostics of gastroesophageal reflux disease. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2013. 5. 15-23. in Russian.
5. Kokorina V.E. Diagnostic criteria for laryngeal pathology associated with gastroesophageal reflux disease. *Far East Medical Journal*. 2007. 3. 89-91. in Russian.
6. Tarasova L.V., Busalaeva E.I. Is chest pain always considered an attribute of angina pectoris? From the clinician's archive. *Farmateka*. 2020. 2. 105-111. in Russian.
7. Zhilina A.A., Filippov I.Yu., Antonova E.S. Reflux-associated cough: modern possibilities of differential diagnosis. Conference materials «In the name of the health of the nation» *Cheboksary*, 21-22. 09. 2021. 50-56. in Russian.

8. Tarasova L.V., Busalaeva E.I., Dobrov A.V. Extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease. *Экспериментальная и Клиническая Гастроэнтерология* 2014. 109 (9). 88–90. in Russian.
9. 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.
10. Pendleton H., Ahlner-Elmqvist M., Olsson R., Hammar O., Jannert M., Ohlsson B. Posterior laryngitis: a disease with different aetiologies affecting health-related quality of life: a prospective case-control study. *BMC Ear Nose Throat Disord*. 2013. 13 (1). 11. doi: 10.1186/2F1472-6815-13-11.
11. Starostina S.V., Makhov V.M., Bolshakov A.V. The role of functional and anatomical disorders of the esophagus and stomach in the development of laryngeal pathology: review article. *Consilium Medicum*. 201. 21 (11). 9–14. DOI: 10.26442/20751753.2019.11.190637 in Russian.
12. Fraser-Kirk K. Laryngopharyngeal reflux: A confounding cause of aerodigestive dysfunction. *Aust Fam Physician*. 2017. 46 (1). 34–39. Available at: <https://www.racgp.org.au/afp/2017/januaryfebruary/laryngopharyngealreflux-a-confounding-cause-of-aerodigestive-dysfunction>.
13. Maev I.V., Selskaya Y.V., Andreev D.N., Dicheva D.T., Bogolepova Z.N., Kuznetsova E.I. Laryngopharyngeal reflux: clinical significance, modern approaches to diagnosis and treatment. *Медицинский Совет*. 2019. 3. 8-16. DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-3-8-16>.
14. Starostina S.V., Makhov V.M., Storonova O.A., Bolshakov A.V., Kuprina I.V., Trukhmanov A.S., Ivashkin V.T. Capability of 24-hour esophageal pH-impedance monitoring in the diagnosis of GERD-associated laryngeal diseases. *Медицинский совет = Medical Council*. 2020. (16). 62–72. doi: 10.21518/2079-701X-2020-16-62-72. in Russian.
15. Koufman J.A., Aviv J.E., Casiano R.R. et al. Laryngopharyngeal reflux: position statement of the Committee on Speech, Voice, and Swallowing Disorders of the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery // *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2002. 127. 32–35.
16. Desjardin M., Roman S., des Varannes S.B. et al. Pharyngeal pH alone is not reliable for the detection of pharyngeal reflux events: a study with oesophageal and pharyngeal pH-impedance monitoring // *United European Gastroenterol J*. 2013. 1. 438–444.
17. Roman S., Gyawali C.P., Savarino E., Yadlapati R., Zerbib F., Wu J. Ambulatory reflux monitoring for diagnosis of gastro-esophageal reflux disease: Update of the Porto consensus and recommendations from an international consensus group. *Neurogastroenterol Motil*. 2017. 29 (10). 1–15. doi: 10.1111/nm.
18. Ivashkin V.T., Mayev I.V., Lapina T.L., Sheptulin A.A., Trukhmanov A.S., Baranskaya Ye.K., Abdulkhakov R.A., Alekseyeva O.P., Alekseyenko S.A., Dekhnich N.N., Kozlov R.S., Klyaritskaya I.L., Korochanskaya N.V., Kurilovich S.A., Osipenko M.F., Simanenkova V.I., Tkachev A.V., Khlynov I.B., Tsukanov V.V. Diagnostics and treatment of *Helicobacter pylori* infection in adults: Clinical guidelines of the Russian gastroenterological association. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2018. 28 (1). 55-70. DOI: 10.22416/1382-4376-2018-28-1-55-70. in Russian.