

<https://doi.org/10.29296/25877305-2026-06-11>
EDN: NKDVEW

Ларингофарингеальная маска гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (клинический случай)

Е.С. Иванюк¹, кандидат медицинских наук,
Е.В. Денисова¹, кандидат медицинских наук,
А.А. Бойков¹,

А.С. Иванюк², кандидат медицинских наук
¹Филиал ООО «Медилюкс-ТМ», Санкт-Петербург
²Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
Минобороны России, Санкт-Петербург
E-mail: ivanyuk-es@yandex.ru

В статье разбирается клинический случай течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с внепищеводными проявлениями, а именно ларингофарингеальным рефлюксом, а также обсуждается важность мультидисциплинарного подхода к диагностике и лечению.

Ключевые слова: гастроэнтерология, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ларингофарингеальный рефлюкс, пищевод, рефлюкс.

Для цитирования: Иванюк Е.С., Денисова Е.В., Бойков А.А. и др. Ларингофарингеальная маска гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (клинический случай). Врач. 2026; 37 (6): 60–62. <https://doi.org/10.29296/25877305-2026-06-11>. EDN: NKDVEW

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) является одним из распространенных кислотозависимых заболеваний в мире [1]. Ее распространенность в западных странах составляет около 30% [2]. В Российской Федерации по результатам проведенного метаанализа популяционных исследований установлено, что у каждого 4-го взрослого жителя нашей страны выявлены клинические проявления этой патологии [3].

Согласно рекомендациям Российской гастроэнтерологической ассоциации, Российского научного медицинского общества терапевтов, Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний, Научного сообщества по изучению микробиома человека, ГЭРБ определяется как хроническое заболевание, характеризующееся первичным нарушением моторно-эвакуаторной функции верхних отделов желудочно-кишечного тракта, функции пищеводно-желудочного перехода и наличием патологического гастроэзофагеального рефлюкса [4].

Самым грозным осложнением ГЭРБ является пищевод Баррета, который, в свою очередь, рассматривается как один из основных факторов риска развития аденокарциномы пищевода.

Согласно Монреальской классификации клинических проявлений ГЭРБ, принято выделять пищеводные и внепищеводные синдромы [5]. Так, к пищеводным проявлениям ГЭРБ относят изжогу и регургитацию, которые выявляются

у 80% пациентов, а также некардиальную боль за грудиной, встречающуюся у 15% пациентов. Среди внепищеводных синдромов ГЭРБ, связь которых с ней установлена, выделяют кашель, ларингит, бронхиальную астму и эрозии зубной эмали. В то же время к симптомам, связь которых с ГЭРБ предполагается, относят фарингит, синусит, идиопатический легочный фиброз, рецидивирующий отит.

Ларингофарингеальная маска или ларингофарингеальный рефлюкс (ЛФР) — одно из наиболее часто встречающихся внепищеводных проявлений ГЭРБ. В исследованиях, проведенных учеными из Китая, показано, что у 15% амбулаторных пациентов, которые наблюдаются у оториноларинголога, отмечается рефлюкс в гортань [6]. Как известно, ЛФР характеризуется забросом кислого содержимого из желудка в гортань и глотку при повторных срыгиваниях. При этом пациенты предъявляют жалобы на «лающий» кашель, першение в горле, ком в горле, осиплость голоса, особенно по утрам [7].

В патогенезе развития ГЭРБ следует отметить основные факторы:

- частота эпизодов расслабления нижнего пищеводного сфинктера;
- заброс в нижнюю треть пищевода желудочного сока и желчных кислот и лизолецитина из двенадцатиперстной кишки в желудок;
- снижение клиренса пищевода;
- уменьшение выработки бикарбонатов пищевода и слюны, заглатываемой из ротовой полости;
- нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка, дуоденальный стаз [7].

Перечисленные механизмы легли в основу развития данного заболевания у нашего пациента. Приводим клинический случай из собственной практики.

В медицинский центр к оториноларингологу обратился мужчина, 39 лет, с жалобами на осиплость голоса, чувство кома в горле, покашливание, ощущение «стекания» слизи по горлу. Ухудшение состояния отмечает в течении 1 года. Обращался к терапевту по месту жительства. Направлен на рентгенографию органов грудной клетки. Заключение: патологии не выявлено. В клиническом анализе крови показатели в пределах референтных значений. Направлен к оториноларингологу. На осмотр пациент сразу не явился.

В течении последующих 2 нед указанные жалобы усилились, голос практически «пропал», покашливание участилось. В связи с чем пациент обратился к оториноларингологу.

При объективном осмотре состояние пациента удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Шейные, подчелюстные лимфоузлы не увеличены, пальпация безболезненна. Температура тела 36,6°C. Нос: наружный нос правильной формы, носовая перегородка искривлена умеренно, слизистая носа розовая. Уши: ушные раковины не изменены. Наружные слуховые проходы свободны, барабанные перепонки серые. Глотка: слизистая гиперемирована, зернистость задней стенки глотки. Гортань: вход в гортань свободен, надгортанник обычной формы, слизистая гортани инъецирована, истинные голосовые складки утолщены, отставания при фонации нет. Поставлен предварительный диагноз: острый ларингофарингит; дисфония; ГЭРБ (?).

Назначено эндоскопическое исследование: слизистая гиперемирована, истинные голосовые связки утолщены, подвижные, смыкание неполное, тонус вестибулярных складок несколько повышен, слизистая трахеи бледно-розовая, вязкая мокрота в гортани.

Рекомендовано вливание в гортань масляного раствора, рассасывать пластинки с маслом перечной мяты, эвкалипта. Лечение с незначительным положительным эффектом. Пациент был направлен к гастроэнтерологу.

При обращении к перечисленным жалобам добавились жалобы на дисфагию (затруднение проглатывания пищи). При проведении объективного осмотра состояние пациента удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Рост — 181 см, масса тела — 75 кг, индекс массы тела — 22,9 кг/м². Масса тела за последние 6 мес стабильна, аппетит сохранен. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД — 115 и 70 мм рт. ст., частота сердечных сокращений — 62 в минуту. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, чувствительный в эпигастральной области. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Диурез без особенностей. Стул со склонностью к запорам, через 1–2 дня, оформленный, по Бристольской шкале 2–3 балла, без патологических примесей. Предварительный диагноз: ГЭРБ с внепищеводными проявлениями (ларингит, фарингит) (?); хронический *Helicobacter pylori*-не верифицированный гастрит, обострение (?).

Рекомендовано провести видеоэзофагогастроскопию с определением *H. pylori* [8, 9]. К лечению рекомендовано дополнительное назначение антацидов (алюминия фосфата по 1 пакетику 3–4 раз в день, через 1 ч после еды и на ночь до приема гастроэнтеролога).

Проведена видеоэзофагогастродуоденоскопия: пищевод свободно проходим; слизистая светло-розовая, гладкая, блестящая; Z-линия равномерная, на расстоянии 39 см от резцов; ножки диафрагмы контурируются на 1,0–1,5 см дистальнее; кардия не смыкается. При осмотре в положении ретрофлексии не полностью охватывает стандартный гастроскоп. Желудок обычной формы и размеров. Натошак содержит слизистый секрет в незначительном количестве. Складки эластичные, при инсуфляции воздухом расправляются полностью. Перистальтика активная, прослеживается во всех отделах. Слизистая светло-розовая, гладкая, блестящая, в нижней трети тела желудка гиперемирована. Выполнен *H. pylori*-тест (АМА Rut Pro): отрицательный. Привратник смыкается не полностью. Луковица двенадцатиперстной кишки округлой формы, без деформаций. Слизистая розовая. Постбульбарные отделы свободно проходимы. Слизистая розовая, бархатистая. Большой дуоденальный сосочек отчетливо не визуализируется, зона его расположения не изменена, продольная складка не напряжена. В просвете кишки следы желчи.

Заключение: недостаточность кардии; эндоскопическая картина поверхностного гастрита; дуоденогастральный рефлюкс; результат анализа на *H. pylori* — отрицательный.

Результаты исследования демонстрируют наличие у пациента эндоскопически негативной ГЭРБ. В то же время выявить визуальные признаки поражения слизистой пищевода не удалось. Для исключения патологического гастроэзофагеального рефлюкса пациенту проведена 24-часовая рН-метрия.

Исследование проводилось прибором Гастроскан-24. Время исследования — 24 ч, выявлено 55 эпизодов гастроэзофагеальных рефлюксов, причем продолжительность снижения внутрипищеводного рН <4 превышает 1 ч.

Учитывая результаты проведенных исследований, пациенту рекомендовано немедикаментозное лечение, включающее диетотерапию и модификацию образа жизни [4, 10]. Также назначено медикаментозное лечение ингибиторами протонной помпы (ИПП) 2 раза в сутки за 30 мин до еды, в течение 1 мес, а также препарат урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) 250 мг на ночь в течение 1 мес.

На контрольном приеме через 2 нед пациент отметил улучшение самочувствия, что выражалось в уменьшении осиплости голоса (голос практически вернулся), исчезновении чувства кома в горле, покашливания, дисфагии, ощущения «стекания» слизи по горлу.

На основании жалоб, анамнеза, объективных данных, полученных с помощью лабораторных и инструментальных методов исследования, пациенту выставлен диагноз: ГЭРБ с пищеводными (с клиническими проявлениями без отсутствия структурных изменений пищевода) и внепищеводными синдромами (ЛФР); хронический *H. pylori*-не ассоциированный гастрит; хронический дуоденит, обострение; дуоденогастральный рефлюкс.

Пациенту проведено лечение препаратами ИПП, прокинетиками, эзофагопротекторами, УДХК, биотиками.

ОБСУЖДЕНИЕ

При первичном обращении пациента к терапевту по месту жительства была исключена патология органов дыхательной системы. Далее пациент был направлен к отоларингологу. При эндоскопическом осмотре выявлено поражение глотки и гортани, что в дальнейшем привело к более углубленному обследованию и возникновению предположения о сочетанной патологии. В связи с чем пациент был направлен к гастроэнтерологу. При проведении инструментальных методов исследования у него выявлены патологические рефлюксы, заброс содержимого желудка в пищевод, далее гортано-глотку. Также были выявлены патологические забросы из двенадцатиперстной кишки в желудок. Именно патологические рефлюксы, которые проявлялись указанными жалобами, послужили причиной обращения за медицинской помощью. Последняя была оказана пациенту в полном объеме и при участии врачей нескольких специальностей, что наглядно демонстрирует необходимость междисциплинарного подхода в диагностике и лечении ГЭРБ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В рассмотренном клиническом случае мы хотели показать, что ГЭРБ является мультидисциплинарной проблемой, так как ассоциированные с этим заболеванием проявления

могут встречаться в практике врачей разных специальностей. Своевременное направление пациента для дальнейшего обследования и совместная работа врачей разных специальностей лежит в основе сохранения здоровья и повышения качества жизни.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Исследование выполнено без привлечения внешнего финансирования.

Статья поступила в редакцию / The article received: 15.07.2025.

Принята к публикации / Accepted: 15.09.2025.

Литература / References

1. Zhang D., Liu S., Li Z. et al. Global, regional and national burden of gastroesophageal reflux disease, 1990–2019: update from the GBD 2019 study. *Ann Med.* 2022; 54 (1): 1372–84. DOI: 10.1080/07853890.2022.2074535
2. Dunbar K.B. Gastroesophageal Reflux Disease. *Ann Intern Med.* 2024; 177 (8): ITC113–ITC128. DOI: 10.7326/AITC202408200
3. Андреев Д.Н., Маев И.В., Бордин Д.С. и др. Распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России: метаанализ популяционных исследований. *Терапевтический архив.* 2024; 96 (8): 751–6 [Andreev D.N., Maev I.V., Bordin D.S. et al. Prevalence of gastroesophageal reflux disease in Russia: a meta-analysis of population-based studies. *Terapevticheskii Arkhiv.* 2024; 96 (8): 751–6 (in Russ.)]. DOI: 10.26442/00403660.2024.08.202807
4. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С., Маев И.В. и др. Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Российского научного медицинского общества терапевтов, Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний, Научного сообщества по изучению микробиома человека). *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* 2024; 34 (5): 111–35 [Ivashkin V.T., Trukhmanov A.S., Maev I.V. et al. Diagnosis and Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease (Clinical Guidelines of the Russian Gastroenterological Association, Russian Scientific Medical Society of Internal Medicine, Russian Society for the Prevention of Noncommunicable Diseases, Scientific Community for Human Microbiome Research). *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology.* 2024; 34 (5): 111–35 (in Russ.)]. DOI: 10.22416/1382-4376-2024-34-5-111-135
5. Vakil N., van Zanten S.V., Kahrilas P. et al.; Global Consensus Group. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol.* 2006; 101 (8): 1900–20; quiz 1943. DOI: 10.1111/j.1572-0241.2006.00630.x
6. Cui N., Dai T., Liu Y. et al. Laryngopharyngeal reflux disease: Updated examination of mechanisms, pathophysiology, treatment, and association with gastroesophageal reflux disease. *World J Gastroenterol.* 2024; 30 (16): 2209–19. DOI: 10.3748/wjg.v30.i16.2209
7. Циммерман Я.С., Вологжанина Л.Г. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: современное состояние проблемы и перспективы. *Клиническая медицина.* 2016; 94 (7): 485–96 [Tsimmerman Ya.S., Vologzhanina L.G. Gastroesophageal reflux disease: current views and prospects. *Klinicheskaya meditsina.* 2016; 94 (7): 485–96 (in Russ.)]. DOI: 10.18821/0023-2149-2016-94-7-485-49
8. Иванюк А.С. Диагностический алгоритм при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. *Пермский медицинский журнал.* 2009; 26 (2): 98–100 [Ivanyuk, A.S. Diagnostic algorithm for gastroesophageal reflux disease. *Perm Medical Journal.* 2009; 26 (2): 98–100 (in Russ.)].
9. Иванюк А.С., Селиверстов П.В., Иванюк Е.С. Роль медицинской сестры в этапной диагностике гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. *Медицинская сестра.* 2023; 25 (4): 31–3 [Ivanyuk A.S., Seliverstov P.V., Ivanyuk E.S. The role of a nurse in the stage-by-stage diagnosis of gastroesophageal reflux disease. *Meditsinskaya sestra (The Nurse).* 2023; 25 (4): 31–3 (in Russ.)]. DOI: 10.29296/25879979-2023-04-07
10. Маев И.В., Сельская Ю.В., Андреев Д.Н. и др. Ларингофарингеальный рефлюкс: клиническое значение, современные подходы к диагностике и лечению. *Медицинский совет.* 2019; 3: 8–16 [Maev I.V., Selskaya Y.V., Andreev D.N. et al. Laryngopharyngeal reflux: clinical significance, modern approaches to diagnosis and treatment. *Meditsinsky Sovet.* 2019; 3: 8–16 (in Russ.)]. DOI: 10.21518/2079-701X-2019-3-8-16

LARYNGOPHARYNGEAL MASK OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE (CLINICAL CASE)

E. Ivanyuk¹, Candidate of Medical Sciences; E. Denisova¹, Candidate of Medical Sciences; A. Boikov¹; A. Ivanyuk², Candidate of Medical Sciences

¹Branch of Medilux-TM, LLC, Saint Petersburg

²S.M. Kirov Military Medical Academy, Ministry of Defense of Russia, Saint Petersburg

This article discusses a clinical case of gastroesophageal reflux disease with extraesophageal manifestations, namely laryngopharyngeal reflux, and also discuss the importance of a multidisciplinary approach to its diagnosis and treatment.

Key words: gastroenterology, gastroesophageal reflux disease, laryngopharyngeal reflux, esophagus, reflux.

For citation: Ivanyuk E.S., Denisova E.V., Boikov A.A. et al. Laryngopharyngeal mask of gastroesophageal reflux disease (clinical case). *Vrach.* 2026; 37 (6): 60–62. <https://doi.org/10.29296/25877305-2026-06-11>. EDN: NKDVIEW

Об авторах / About the authors: Ivanyuk E.S. SPIN-код: 1046-3444, ORCID: 0000-0002-2785-6699; Ivanyuk A.S. SPIN-код: 2960-8188, ORCID: 0009-0005-8622-3655