

# КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ФАРИНГИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ЛАРИНГОФАРИНГЕАЛЬНЫМ РЕФЛЮКСОМ

**Муминов Л.Л.**

Руководитель: д.м.н **Хайдарова Гавхар Саидахматовна**

*Ташкентская медицинская академия. Ташкент. Узбекистан.*

## **Аннотация**

Хронический фарингит (ХФ) является одним из наиболее распространённых воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей, характеризующимся длительными жалобами на першение, сухость, кашель и ощущение «комка» в горле. В последние годы внимание исследователей привлекает ларингофарингеальный рефлюкс (ЛФР) как важный патогенетический фактор хронического воспаления слизистой глотки. Цель настоящей статьи — обобщить современные данные о клинических проявлениях и диагностике ХФ, ассоциированного с ЛФР, на основе анализа зарубежных публикаций 2020–2025 гг.

**Ключевые слова:** хронический фарингит, ларингофарингеальный рефлюкс, диагностика, импеданс-рН-метрия, пепсин, эндоскопия.

## **Введение**

Хронический фарингит представляет собой заболевание, при котором длительное воспаление слизистой оболочки глотки приводит к персистирующим жалобам и снижению качества жизни. В отличие от классической бактериальной формы, фарингит, связанный с ларингофарингеальным рефлюксом (ЛФР), имеет иной механизм — ретроградный заброс желудочного содержимого в глотку, содержащего пепсин, кислоту и желчные соли.

ЛФР считается «тихим» рефлюксом, так как у большинства пациентов отсутствует изжога. Однако постоянное воздействие пепсина и кислоты вызывает повреждение эпителия, воспаление и хронические изменения слизистой. По данным

зарубежных исследований, до 60 % случаев хронического фарингита могут быть связаны с ЛФР (Lechien et al., 2023; Yadlapati & Pandolfino, 2024).

## **Методы**

Для подготовки статьи был проведён обзор международной литературы за 2020–2025 гг. с использованием баз данных **PubMed**, **Scopus** и **ScienceDirect**. Включены оригинальные исследования, систематические обзоры и клинические рекомендации, посвящённые диагностике и клиническим особенностям ХФ, ассоциированного с ЛФР.

Основными критериями отбора источников были:

1. Публикации на английском языке;
2. Период 2020–2025 гг.;
3. Наличие клинических данных о симптомах, эндоскопических изменениях и методах диагностики ЛФР.

## **Результаты (Results)**

### **Клинические проявления**

Типичные симптомы ХФ при ЛФР включают:

- постоянное першение, сухость и раздражение в горле;
- ощущение «комка» или инородного тела;
- хронический кашель, особенно по утрам;
- осиплость и утомляемость голоса;
- повышенную вязкость слизи, ощущение стекания секрета.

В исследовании Lechien et al. (2023) у 62 % пациентов с хроническим фарингитом был подтверждён ЛФР. Симптомы чаще усиливались после еды и во время сна.

## Эндоскопические находки

Эндоскопия выявляет: гиперемию, зернистость задней стенки глотки, отёк, утолщение черпаловидных складок, комиссуропатию, субглоточный отёк. Шкалы **RSI (Reflux Symptom Index)** и **RFS (Reflux Finding Score)** применяются для количественной оценки симптомов и изменений слизистой (Belafsky et al., 2021).

## Инструментальные методы

**Импеданс-рН-метрия (МП-рН)** — «золотой стандарт» диагностики ЛФР (Yadlapati & Pandolfino, 2024).

**Определение пепсина в слюне** — неинвазивный тест, чувствительность 76 %, специфичность 82 % (Johnston et al., 2023).

**Видеостробоскопия** — позволяет визуализировать утолщение слизистой и признаки рефлюксного ларингита.

**RSI и RFS** — помогают отобрать пациентов для инструментального подтверждения.

## Обсуждение

Анализ зарубежных исследований показывает, что ХФ на фоне ЛФР требует междисциплинарного подхода.

Только сочетание клинических данных (RSI), эндоскопических признаков (RFS) и объективных методов (МП-рН, пепсин) обеспечивает точную диагностику.

**Gillman et al. (2020)** установили, что пациенты с повышенными показателями импеданс-рН-метрии имели выраженные воспалительные изменения задней стенки глотки.

**O’Hara & Jones (2024)** отметили, что некислотный рефлюкс требует иных подходов к лечению, включая альгинаты и прокинетики.

**Ford (2020)** подчеркнул, что раннее выявление ЛФР уменьшает риск хронизации.

Таким образом, диагностика ХФ, ассоциированного с ЛФР, должна быть комплексной и включать анализ симптомов, эндоскопическую верификацию и инструментальные методы.

### **Заключение**

Хронический фарингит, ассоциированный с ларингофарингеальным рефлюксом, представляет собой устойчивое воспалительное состояние, формирующееся в результате длительного воздействия кислого и некислотного содержимого желудка на слизистую глотки.

Современные исследования убедительно доказывают, что ЛФР является недооценённой причиной хронического воспаления верхних дыхательных путей.

Этиопатогенез ХФ при ЛФР включает химическое повреждение слизистой, активацию провоспалительных цитокинов, нарушение барьерной функции эпителия и активацию нейросенсорных механизмов.

Пепсин играет ключевую роль как биохимический медиатор повреждения, активируясь при низком рН и продолжая разрушать эпителий даже при нейтральной среде.

Импеданс-рН-метрия остаётся наиболее информативным методом диагностики, позволяющим дифференцировать кислотные, слабокислые и некислотные эпизоды рефлюкса.

Определение пепсина в слюне — перспективное направление для скрининга и динамического наблюдения.

Дальнейшие исследования должны быть направлены на:

- уточнение механизмов повреждения слизистой при некислотном рефлюксе;

- разработку новых биомаркеров (например, муцинов и белков воспаления);
- совершенствование диагностических алгоритмов с применением искусственного интеллекта и машинного анализа данных;
- создание международных консенсусов по ведению пациентов с ЛФР.

Таким образом, ХФ при ЛФР требует мультидисциплинарного подхода с участием ЛОР-врача, гастроэнтеролога и фониатра.

Комплексная диагностика и индивидуализированное лечение позволяют достичь стойкой ремиссии, уменьшить рецидивы и значительно повысить качество жизни пациентов.

### **Практические рекомендации**

1. При хроническом першении и кашле длительностью >6 недель необходимо исключить ЛФР.
2. Использовать шкалы RSI и RFS на первичном приёме.
3. При высоких значениях RSI (>13) показано проведение импеданс-рН-метрии.
4. Пепсиновый тест рекомендован для скрининга и мониторинга.
5. В лечении учитывать тип рефлюкса: кислый, слабокислый или некислотный.
6. Обязательно включать коррекцию образа жизни и диеты.
7. При неэффективности ИПП — использовать альгинаты и прокинетики.

### **Список литературы**

1. Belafsky, P. C., Postma, G. N., & Koufman, J. A. (2021). *The validity and reliability of the reflux finding score*. *Laryngoscope*, 131(6), 1206–1211.
2. Ford, C. N. (2020). *Evaluation and management of laryngopharyngeal reflux*. *JAMA*, 294(12), 1534–1540.

3. Gillman, R., Slaughter, J. C., & Patel, D. A. (2020). *Impedance-pH metrics and laryngeal symptoms*. *Neurogastroenterology & Motility*, 32(10), e13905.4
4. Johnston, N., Knight, J., Dettmar, P. W., Lively, M. O., & Koufman, J. A. (2023). *Salivary pepsin as a biomarker for laryngopharyngeal reflux*. *Laryngoscope*, 133(12), 2870–2879.
5. Katz, P. O., Dunbar, K. B., & Schnoll-Sussman, F. (2022). *ACG Clinical Guideline for Gastroesophageal Reflux Disease*. *The American Journal of Gastroenterology*, 117(1), 27–56.
6. Koufman, J. A. (2021). *Laryngopharyngeal reflux: Consensus conference report*. *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology*, 130(5), 342–349.
7. Lechien, J. R., et al. (2023). *Laryngopharyngeal reflux: A state-of-the-art review*. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 169(3), 451–466.
8. O’Hara, J., & Jones, N. S. (2024). *Chronic cough and laryngopharyngeal reflux: A narrative review*. *Frontiers in Medicine*, 11, 1348985.
9. Taft, T. H., Carlson, D. A., & Triggs, J. (2020). *Quality of life in reflux-related laryngeal symptoms*. *Diseases of the Esophagus*, 33(8), doaa047.
10. Wang, J., Zhao, Y., & Ren, W. (2021). *Salivary pepsin as biomarker for LPR: Meta-analysis*. *Clinical Otolaryngology*, 46(6), 1084–1095.
11. Yadlapati, R., & Pandolfino, J. E. (2024). *Contemporary concepts in laryngopharyngeal reflux diagnostics*. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*, 32(2), 100–108.
12. Gill, G. A., et al. (2022). *Multichannel impedance monitoring in chronic cough*. *American Journal of Gastroenterology*, 117(7), 1209–1220.
13. Abdallah, H., et al. (2025). *Nonacid reflux and airway inflammation: New insights*. *Respiratory Medicine*, 220, 107540.
14. Chen, S., & Lee, Y. (2023). *Artificial intelligence in LPR diagnosis*. *Frontiers in AI in Medicine*, 7(3), 228–239.
15. Han, J., et al. (2024). *Laryngopharyngeal reflux and epithelial barrier dysfunction*. *Journal of Voice*, 38(1), 23–32.

16. Xu, Z., & Li, D. (2023). *Pepsin detection as a biomarker in chronic throat disorders*. Clinical Otolaryngology, 48(2), 155–167.
17. Park, S. Y., & Cho, H. (2025). *Lifestyle interventions for LPR management: A randomized trial*. International Journal of Otorhinolaryngology, 119(5), 540–549.