

6. Makol A., Petri M. *Pancreatitis in systemic lupus erythematosus: frequency and associated factors - a review of the Hopkins Lupus Cohort*. In: J. Rheumatol., 2010, no. 37, p. 341-345.
7. Mazur M. *Lupusul eritematos sistemic*. Chişinău: Prut Internațional, 2011. p.10.
8. Mok C.C., Ying K.Y., Mak A. et al. *Outcome of protein-losing gastroenteropathy in systemic lupus erythematosus treated with prednisolone and azathioprine*. In: Rheumatology (Oxford), 2006, no. 45, p. 425-429.
9. Orteu C.H., Buchanan J.A., Hutchison I. et al. *Systemic lupus erythematosus presenting with oral mucosal lesions: easily missed?* In: Br. J. Dermatol., 2001 Jun, no. 144, p. 1219-1223.
10. Patel P., Werth V. *Cutaneous lupus erythematosus: a review*. In: Dermatol. Clin., 2002 Jul, no. 20, p. 373-385.
11. Petri M. et al. *Derivation and validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus*. In: Arthritis Rheum., 2012, no. 64, p. 2677.
12. Pons-Estel B.A. et al. *The GLADEL Multinational Latin American Prospective Inception Cohort of 1,214 Patients With Systemic Lupus Erythematosus*. In: Medicine, Jan. 2004, v. 83, no 1.
13. Schiodt M. *Oral discoid lupus erythematosus. II. Skin lesions and systemic lupus erythematosus in sixty-six patients with 6-year follow-up*. In: Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol., 1984, no. 57, p. 177-1780.
14. Steffan W. Schulz, Chris T. Derk. *The Gastrointestinal Manifestations of Systemic Lupus Erythematosus: A Survey of the Literature*. In: The Open Autoimmunity Journal, 2009, no. 1, p. 10-26.
15. Sultan S.M., Ioannou Y., Isenberg D.A. *A review of gastrointestinal manifestations of systemic lupus erythematosus*. In: Rheumatology (Oxford), 1999, no. 38, p. 917-932.
16. Takeno M., Ishigatsubo Y. *Intestinal manifestations in systemic lupus erythematosus*. In: Intern. Med., 2006, no. 45, p. 41-42.
17. Tian X.P., Zhang X. *Gastrointestinal involvement in systemic lupus erythematosus: insight into pathogenesis, diagnosis and treatment*. In: World J. Gastroenterol., 2010 Jun 28, no. 16, p. 2971-2977.
18. Vitali C., Bencivelli W., Isenberg D.A. et al. *Disease activity in systemic lupus erythematosus: report of the Consensus Study Group of the European Workshop for Rheumatology Research. I. A descriptive analysis of 704 European lupus patients*. European Consensus Study Group for Disease Activity in SLE. In: Clin. Exp. Rheumatol., 1992, no. 10, p. 527-539.
19. Zhang L., Xu D., Yang H., Tian X. et al. *Clinical Features, Morbidity, and Risk Factors of Intestinal Pseudo-obstruction in Systemic Lupus Erythematosus: A Retrospective Case-control Study*. In: J. Rheumatol., 2016 Mar, no. 43, p. 559-564.
20. Zheng W.J., Tian X.P., Li L. et al. *Protein-losing enteropathy in systemic lupus erythematosus: analysis of the clinical features of fifteen patients*. In: J. Clin. Rheumatol., 2007, no. 13, p. 313-316.

Maria Paşali, doctorandă,
 Departamentul Medicină Internă,
 USMF Nicolae Testemiţanu,
 Institutul de Cardiologie
 Tel.: 079976903
 E-mail: mariapashaly@gmail.com

AFECTAREA SISTEMULUI DIGESTIV LA PACIENȚII CU LUPUS ERITEMATOS SISTEMIC

Victoria SADOVICI-BOBEICĂ,
 USMF Nicolae Testemiţanu,
 Departamentul Medicină Internă

Summary

Involvement of the digestive system in patients with systemic lupus erythematosus

Systemic lupus erythematosus (SLE), autoimmune inflammatory disease characterized by hyperproduction of autoantibodies, virtually can affect every system and organ. The reported incidence of gastrointestinal manifestations attributable to SLE in literature varies widely because of different populations and study designs. The objective of this study was to investigate the manifestations of digestive system involvement in patients with SLE. For this purpose, we conducted a cross-sectional study of 102 adult SLE patients, fulfilling SLICC, 2012 classification criteria. The female to male ratio was 16:1 and the mean age \pm SD was $42,4 \pm 13,3$ years, with a disease duration of $93,9 \pm 77,1$ months. The analysis of digestive system pathology showed that each segment of the digestive tract can be affected by SLE. Most common manifestations were found to be oral or nasal ulcers (46,1%), chronic gastritis (10,8%) and chronic pancreatitis (14,7%). Acute pancreatitis, autoimmune hepatitis and mesenteric thrombosis were less common (2% cases for each manifestation), but with a potential influence on the morbidity and mortality of SLE patients. It was noticed a strong correlation between oral or nasal ulcers with disease activity by SLEDAI and by SLAM ($r=0,78$ and $r=0,75$, respectively; $p<0,05$). Chronic gastritis was linked to corticosteroid use and mesenteric thrombosis was related to secondary antiphospholipidic syndrome.

Keywords: systemic lupus erythematosus, digestive system, gastrointestinal system

Резюме

Поражение органов пищеварения у больных с системной красной волчанкой

Системная красная волчанка (СКВ), воспалительное аутоиммунное заболевание, характеризующееся гиперпродукцией антител, гипотетически может поражать любой орган или систему. Эпидемиологические данные о заболеваемости желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) при СКВ в литературе широко варьируют из-за гетерогенности исследуемых популяций и исследовательских проектов. Целью нашего исследования было выявление поражений пищеварительной системы у пациентов с СКВ. С этой целью мы провели перекрестное исследование 102 взрослых пациентов с диагнозом СКВ, установленным согласно критериям SLICC 2012. Мы выявили, что

соотношение женщин и мужчин было 16:1, средний возраст \pm SD был $42,4 \pm 13,3$ лет, с длительностью заболевания $93,9 \pm 77,1$ месяцев. Анализ патологий пищеварительной системы обнаружил, что любой сегмент ЖКТ может быть затронут при СКВ. Наиболее распространенными проявлениями были язвы носовой и ротовой полости (46,1%), хронический гастрит (10,8%) и хронический панкреатит (14,7%). Острый панкреатит, аутоиммунный гепатит и мезентериальный тромбоз были идентифицированы реже (в 2% случаев для каждого проявления), но с потенциальным влиянием на заболеваемость и смертность пациентов с СКВ. Мы заметили сильную корреляцию между язвами ротовой и носовой полости с активностью заболевания по SLEDAI и SLAM ($r=0,78$ и $r=0,75$, соответственно; $p<0,05$). Хронический гастрит был связан с употреблением противовоспалительных стероидных препаратов, а мезентериальный тромбоз был диагностирован у пациентов с вторичным антифосфолипидным синдромом.

Ключевые слова: системная красная волчанка, пищеварительная система, желудочно-кишечный тракт

Introducere

Lupusul eritematos sistemic (LES) este o maladie autoimună polisindromică de etiologie necunoscută, care se dezvoltă pe fondul proceselor de imunoreglare imperfectă, determinate genetic, asociată cu hiperproducerea autoanticorpilor. Manifestarea clinică a maladiei este polimorfă, determinată de implicarea diverselor sisteme de organe pe parcursul etapelor de evoluție a lupusului [1].

Datele din literatură referitor la incidența și prevalența patologiei tractului gastrointestinal (TGI) la pacienții cu LES sunt eterogene și variază de la 25% la 40% din totalul pacienților cu LES [8]. Concomitent, tabloul clinic determinat de implicările sistemului digestiv poate mima alte patologii, ceea ce cauzează întârzierea recunoașterii și inițierii tratamentului de bază, determinând majorarea morbidității și a mortalității prin LES [7].

Având în vedere cele menționate, scopul studiului a fost cercetarea afectării tractului gastrointestinal la pacienții cu lupus eritematos sistemic.

Materiale și metode

Pentru realizarea scopului a fost efectuat un studiu descriptiv pe o cohortă de 102 pacienți cu LES. Cercetarea s-a desfășurat în Departamentul Medicină Internă, Facultatea Medicină Generală nr. 1 a IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie Nicolae Testemițanu din Republica Moldova, la baza Institutului de Cardiologie, în perioada noiembrie 2014 – martie 2015. Toți subiecții incluși în cercetare au întrunit criteriile de clasificare a LES, elaborate de Clinicile Internaționale Colaboratoare asupra

Lupusului Sistemic (Systemic Lupus International Collaborating Clinics) SLICC, 2012.

Pacienții înrolați în cercetări au fost examinați prin metode generale (chestionare, examen clinic pe sisteme, examenul paraclinic cu evaluarea funcției renale, hepatice, coagulograma, hemograma, markerii de inflamație, lipidograma, glicemia) și speciale (determinarea activității bolii prin SLAM și SLEDAI, determinarea indicelui de leziune SLICC/ACR DI, titrarea markerilor imunologici anti-ADN dc, ANA, C3, C4, anti-CL, anticoagulantul lupic, USG abdominală, fibrogastroscopie, TC abdominală). Datele obținute au fost prelucrate în programele Excel și MedCalc v. 1.2.

Rezultate obținute

În cercetare au fost incluși 102 pacienți cu lupus eritematos sistemic confirmat. În prima etapă a cercetării, am prezentat o caracteristică generală a lotului de studiu (tabelul 1).

Tabelul 1

Caracteristica generală a pacienților incluși în cercetare

Parametrii evaluați	Numărul absolut
Pacienți cu LES	102
Sex:	
• feminin	96
• masculin	6
Vârsta medie la momentul cercetării, ani (\pm SD)	$42,4 \pm 13,3$ (i-v 20-73)
Vârsta medie la debutul maladiei, ani (\pm SD)	$35,5 \pm 14,8$ (i-v 11-72)
Durata medie a maladiei, luni (\pm SD)	$93,9 \pm 77,1$ (i-v 0,1-228)
SLEDAI, puncte (\pm SD)	$9,6 \pm 7,3$
SLAM, puncte (\pm SD)	$10,3 \pm 6,0$

Analiza datelor din tabelul 1 denotă faptul că în cercetare au predominat femeile, raportul F:B fiind de 16:1, vârsta pacienților la momentul studiului a variat de la 20 la 73 de ani, valoarea medie constituind $42,4 \pm 13,3$ ani. Am constatat eterogenitate pentru debutul maladiei, vârsta medie la debut fiind cuprinsă între 11 și 72 de ani, pe când durata bolii a fost de 7,8 ani ($93,2$ luni), cu variații de la 0,1 la 228 de luni. Activitatea bolii, apreciată prin două instrumente validate – SLEDAI și SLAM, a înregistrat valori medii \pm SD de $9,6 \pm 7,3$ puncte pentru SLEDAI și $10,3 \pm 6,0$ puncte pentru SLAM, respectiv, constituind indici care denotă o activitate înaltă a LES prin ambele instrumente.

Toți pacienții cu LES au respectat criteriile de clasificare SLICC, 2012, în prezența a 4 sau mai multe criterii și au putut fi incluși în studiul realizat de noi. Analiza rezultatelor a permis constatarea unui număr mediu de criterii SLICC, 2012 de 6,4 puncte, cu intervale variaționale de la 4 la 11 criterii de clasificare.

Datele literaturii demonstrează că pe parcursul ultimelor două decenii asistăm la o majorare a supra-vieuirii pacienților cu LES, fapt datorat îmbunătățirii managementului bolnavilor și aplicării strategiilor terapeutice individualizate. Concomitent, medicația de bază în tratamentul LES este pasibilă de a induce modificări patologice la nivelul organelor și sistemelor, inclusiv al tractului gastrointestinal. În această ordine de idei, am orientat vectorul cercetării spre analiza regimului terapeutic la pacienții luați în studiu (tabelul 2).

Tabelul 2

Analiza regimului terapeutic la pacienții cu LES incluși în cercetare

Regimul terapeutic	Pacienți cu LES nr. (%)
Glucocorticosteroizi (GCS)	96 (95,2)
• Doze mici $\leq 7,5$ mg	26 (27,6)
• Doze medii 7,5–30 mg	54 (57,4)
• Doze mari >30 mg	16 (15,1)
• Puls-terapie ≥ 250 mg/zi (i/v) pe durata ultimelor 12 luni de evoluție a bolii	30 (29,4)
Hydroxiclorochină (HCQ)	42 (41,1)
• Doza de 200 mg/zi	18 (17,6)
• Doza de 400 mg/zi	22 (21,5)
Ciclofosfamidă (CYC)	14 (13,7)
Azatioprină (AZA) 100 mg/zi	6 (5,9)
Metotrexat 10 mg/săptămână (MTX)	4 (3,9)
Antiinflamatoare nesteroidiene (AINS)	28 (27,4)
Anticoagulante	56 (54,9)
Antiagregante	88 (86,2)

Din tabelul 2 constatăm că 96 (95,2%) din pacienți au folosit glucocorticosteroizi la momentul cercetării. Dozele GCS au variat: doze medii – 57,4%, doze mici – 27,6% și doze mari – 15,1% subiecți. De asemenea, pacienții au fost interogați despre administrarea glucocorticosteroizilor în puls-terapie și am constatat că 30 (29,4%) din ei au beneficiat de această metodă terapeutică cel puțin o dată pe parcursul ultimelor 12 luni calendaristice. Un alt medicament de bază pentru tratamentul LES este hidroxiclorochina, administrată în doze de 200 sau 400 mg pe zi. În lotul nostru de cercetare, 42 (41,1%) subiecți foloseau HCQ, inclusiv 18 (17,6%) 200 mg pe zi și 22 (21,5%) – 400 mg pe zi. O altă abordare terapeutică a LES este administrarea imunosupresivelor: ciclofosfamida – în 13,7% cazuri, azatioprina și metotrexatul – în 5,9% și 3,9% cazuri, respectiv. Tratamentul cu AINS a fost decelat la 28 (27,4%) bolnavi. Antiagregantele au constituit un component al regimului terapeutic pentru 88 de pacienți (54,9%), iar anticoagulantele directe sau indirecte – pentru 56 (54,9%).

Patologia tractului gastrointestinal la pacienții din cohortă a fost cercetată și cuantificată ținând cont de modificările patologice posibile la pacienții cu LES. Rezultatele sunt expuse în tabelul 3.

Tabelul 3

Patologia tractului gastrointestinal la pacienții cu LES (n=102)

Parametrii evaluați	Nr. absolut	Nr. relativ, %
Ulcere bucale și nazofaringiene	47	46,1
Afecarea esofagului (disfagie)	2	2
Afecare gastrică prin:		
• gastrită	11	10,8
• boală ulceroasă	3	2,9
Afectarea intestinului subțire/gros (constipație cronică)	3	2,9
Afectarea pancreasului (pancreatită autoimună):		
• acută	2	2
• cronică	15	14,7
Afectare hepatică:		
• hepatită autoimună	2	2
• hepatită toxică	1	1
Vasculita TGI (tromboză mezenterială)	2	2

Datele din tabelul 3 evidențiază faptul că ulcerațiile bucale și nazofaringiene au constituit un semn frecvent întâlnit pe parcursul evoluției lupusului, fiind prezente la 47 subiecți. Pancreatita cronică și gastritele au fost diagnosticate la 11 și 15 bolnavi, respectiv, în timp ce boala ulceroasă a fost diagnosticată mai rar, doar la 3. La 2 pacienți am depistat istoric de pancreatită acută pe fundal de activitate înaltă a LES.

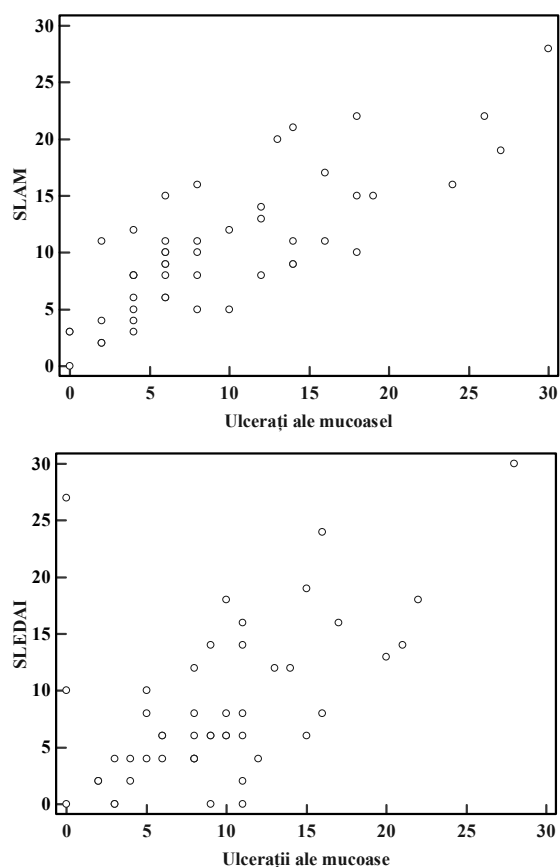
Patologia hepatică s-a prezentat prin hepatită autoimună la 2 subiecți cercetați, la care s-au constatat niveluri majorate ale enzimelor hepatice, însoțite de markeri serologici ai procesului autoimun hepatic (ANA și Ac anti-LKM). La un pacient care a primit tratament de fond cu AZA am depistat hepatită toxică, care s-a rezolvat după suspendarea tratamentului imunosupresiv. Tromboza mezenterială a fost constatată la 2 bolnavi cu LES.

Analiza patternului implicărilor digestive la pacienții cu LES a demonstrat o pondere mare a manifestărilor ulceroase, de aceea am fost motivați să evidențiem factorii ce contribuie la apariția și persistența acestor modificări patologice. În continuare am efectuat analiza corelativă a diferiților parametri ai LES cu ulcerațiile bucale și nazofaringiene și am constatat o corelație directă, statistic semnificativă, doar cu activitatea bolii prin SLAM și SLEDAI (vezi figura).

Datele prezentate în figură indică prezența unei corelații strânse pozitive între ulcerațiile mucoaselor bucale și nazofaringiene și activitatea LES ($r=0,78$ pentru SLEDAI și $r=0,75$ pentru SLAM; $p<0,05$), ceea ce demonstrează că evidențierea acestor leziuni prezintă interes clinic important în

evaluarea corectă a activității lupusului și în stabilirea tacticii terapeutice ulterioare. Valoarea clinică a leziunilor mucoaselor tractului digestiv superior a fost apreciată prin includerea criteriului de leziune bucală sau nazofaringiană în criteriile de activitate ale Lupusului eritematos sistemic prin indicii de activitate SLEDAI și SLAM.

Analiza corelației ulcerățiilor bucale și nazofaringiene cu activitatea maladiei prin SLAM și SLEDAI



Patologia gastrică evidențiată la pacienții din lotul de cercetare a fost analizată în contextul administrării medicației de bază cu AINS și GCS. Astfel, am identificat corelații moderate între prezența gastritei sau bolii ulceroase și dozele de GCS administrate, însă fără semnificație statistică ($r=0,33$; $p>0,05$). Lipsa diferențelor statistice se poate explica prin numărul relativ mic de pacienți cu gastrite și boală ulceroasă; totodată, tendința de corelație între manifestările gastrice și folosirea dozelor mari de GCS nu este de neglijat.

Vasculita la nivelul TGI, manifestată prin tromboze mezenteriale diagnosticate la 2 pacienți, a constituit criteriu de determinare a leziunilor provocate de boală prin SLICC/ACR DI. De asemenea, menționăm că ambele cazuri de tromboză s-au instalat la pacienții cu LES și sindrom antifosfolipidic secundar, ce a fost substratul patogenetic pentru formarea trombilor în arterele mezenteriale.

Discuții

Bolile produse prin modificarea imunității au tendință de creștere la nivel global prin îmbunătățirea diagnosticului, suscitând interesul specialiștilor în domeniu. Un rol aparte le revine maladiilor autoimune, care interesează mai multe organe și sisteme necesită o abordare multidisciplinară [4]. În această ordine de idei, lupusul eritematos sistemic, maladie autoimună ce poate implica orice organ sau sistem de organe, reprezintă un domeniu de mare interes științific.

Datele literaturii cu referință la incidența și prevalența implicării TGI la pacienții cu LES sunt heterogene, fapt explicat prin lipsa omogenității criteriilor de includere și de excludere din cercetare pe populații diferite, abordarea variată a pacienților prin utilizarea diverselor metode de colectare și analiză a datelor. Astfel, datele bibliografice identifică o pondere de până la 40% a implicărilor digestive la pacienții cu LES [8].

Din motive lesne de înțeles, în lucrarea prezentată ne-am propus să evaluăm afecțarea TGI la pacienții din lotul de studiu. Prin examinarea clinică și paraclinică a TGI la acești pacienți, am constatat că implicarea digestivă a fost manifestată prin ulcerății bucale și nazofaringiene, gastrită și pancreatită în proporție de 46,1%, 10,8% și 14,7% cazuri, respectiv. Datele noastre sunt în concordanță cu datele afișate de Kole și coaut. în 2009, care au raportat o pondere de 56,5% cazuri pentru ulcerile mucoaselor bucale și nazofaringiene [3].

În ceea ce privește afectarea stomacului la pacienții cu LES, în literatura medicală sunt aduse proporții de 4-21% cazuri, ceea ce este similar rezultatele noastre [2]. Menționăm că majoritatea cazurilor de patologie gastrică au corelat cu administrarea remediilor AINS și a GCS în doze medii sau mari, fapt confirmat și de alți autori [7]. Comparativ cu studiul lui Deck [5], rata pancreatitei la pacienții noștri a fost semnificativ mai mare (14,7%) cazuri, ceea ce se explică, probabil, prin diagnosticul neîntit al acestei patologii la pacienții cu LES. În studiile sistematice asupra afectării TGI în LES, autorii au constatat că pancreatita s-a depistat în 23-30% cazuri, inclusiv la necropsie [8].

Manifestările digestive mai rar întâlnite, dar cu un potențial prognostic mai rezervat, au fost pancreatita acută, tromboza mezenterială și hepatita autoimună. Aceste patologii au constituit cazuri relevante prin tabloul clinic și prin intervenția terapeutică în timp oportun pentru prevenirea sechelelor pasibile. Așadar, am identificat câte două cazuri de pancreatită acută, hepatită autoimună și tromboză mezenterială. Conform datelor din literatura de specialitate, aceste manifestări, deși apar rar, sunt de temut din cauza

nivelului înalt de morbiditate și mortalitate pe care îl comportă pacientul cu LES [8].

Concluzii

Afectarea tractului gastrointestinal la pacienții cu lupus eritematos sistemic poate implica toate segmentele acestuia, cu o pondere mai mare a ulcerărilor bucale și nazale (46,1%), a pancreatitei (14,7%) și a gastritei cronice (10,8%). Manifestări mai rare, dar cu prognostic nefavorabil, au fost pancreatita acută, hepatita autoimună și tromboza mezenterială în câte 2% cazuri.

Asocierea patologiei tractului digestiv la bolnavii cu LES influențează conduita terapeutică și prognosticul în cazul acestor pacienți.

Bibliografie

1. Dall'Era M., Yazdany J. *Classification of lupus and lupus-related disorders*. In: Dubois' Lupus Erythematosus and Related Syndromes, 8th ed., 2012, cap. 1, p. 1-3.
2. Hallegua D.S., Wallace D.J. *Gastrointestinal manifestations of systemic lupus erythematosus*. In: Curr. Opin. Rheumatol., 2000, no. 12, p. 379-385.
3. Kole A.K., Ghosh A. *Cutaneous manifestations of systemic lupus erythematosus in a tertiary referral center*. In: Indian Journal of Dermatology, no. 54, p. 132-136.
4. Mazur M. *Lupusul eritematos sistemic*. Chișinău: Prut Internațional, 2011, p. 10.
5. Nesher G., Breuer G.S., Temprano K. et al. *Lupus-associated pancreatitis*. In: Semin. Arthritis. Rheum., 2006, no. 35, p. 260-267.
6. Narum S., Westergren T., Klemp M. *Corticosteroids and risk of gastrointestinal bleeding: a systematic review and meta-analysis*. In: BMJ Open, 2014, no. 4, p. e004587.
7. Schulz S., Derk T. *The Gastrointestinal Manifestations of Systemic Lupus Erythematosus: A Survey of the Literature*. In: The Open Autoimmunity Journal, 2009, no. 1, p. 10-26.
8. Sultan S.M., Ioannou Y., Isenberg D.A. *A review of gastrointestinal manifestations of systemic lupus erythematosus*. In: Rheumatology (Oxford), 1999, no. 38, p. 917-930.

Victoria Sadovici-Bobeică, doctorandă,
Departamentul Medicină Internă,
Disciplina Medicină Internă,
USMF Nicolae Testemițanu,
Institutul de Cardiologie
Tel.: 060344394
Email: victoriasadovici@gmail.com

INCIDENȚA REFLUXULUI LARINGO-FARINGIAN PRINTRE PACIENȚII CU PATOLOGIE LARINGIANĂ HIPERPLAZICĂ

Lilia SCUTELNIC, Vasile CABAC,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Summary

The incidence of laryngopharyngeal reflux among patients with hyperplastic laryngeal pathology

Laryngopharyngeal reflux (LPR) is becoming recognized as a clinical entity with a variety of presentations distinct from those of gastroesophageal reflux disease. Damage to laryngeal mucosa may be the result of reflux of gastroduodenal contents, whether chronic or a single incident. The most common presenting symptoms of LPR include hoarseness, sore throat, throat clearing, and chronic cough. Aim: To evaluate the role of laryngopharyngeal reflux as a risk factor of the vocal cords benign lesions. The study included 120 patients with benign laryngeal pathology, who underwent diagnostic test for ambulatory 24-hour double probe pH monitoring. The patients filled out a standardized questionnaire and were examined laryngoscopically. Seventy percent (55/78) of patients undergoing pH testing had abnormal studies. Thus the highest incidence of reflux was found in patients with vocal cord neoplastic lesions (88%) and patients with muscle tension dysphonia (70%). LPR is a relatively common problem that appears to be common in patients with laryngeal pathology, either by maintaining and / or progression of the disease process.

Keywords: laryngopharyngeal reflux, vocal nodules, vocal polyps, Reinke's edema

Резюме

Частота ларингофарингеального рефлюкса у больных с гиперпластической патологией гортани

Ларингофарингеальный рефлюкс (ЛФР) считается патологией с различными проявлениями, отличных от гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Повреждение слизистой оболочки гортани может быть результатом рефлюкса gastroduodenального содержания, будь то хроническим или одним инцидентом. Наиболее частыми симптомами ЛФР являются: охриплость, боль в горле и хронический кашель. Цель исследования – оценить роль ларингофарингеального рефлюкса как фактор риска при доброкачественной патологии слизистой оболочки гортани. В исследование были включены 120 пациентов с доброкачественной патологией гортани, которые перенесли диагностический тест на амбулаторном измерении pH в течение 24 часов. Пациенты заполняли стандартную анкету и были исследованы ларингоскопически. У 70% (55/78) пациентов наблюдалось аномальное pH. Таким образом, самая высокая заболеваемость рефлюксом была продемонстрирована у пациентов с опухолевыми поражениями голосовых связок (88%) и у пациентов с дисфонией из-за напряжения