

Часть I
БОЛЕЗНИ ПИЩЕВОДА

Глава 1

ОЩУЩЕНИЕ КОМКА В ГОРЛЕ

Роберт Т. Кавитт и Майкл Ф. Ваези¹

Клиническое наблюдение

Женщина, 33 года, обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на ощущение комка в горле. Симптоматика беспокоит больную в течение последних 8 мес. Дисфагию она не описывает, но уточнила, что постоянно ощущает, будто «в горле застряла таблетка». Кроме того, больная указала, что уже 15 лет как ее изредка беспокоит изжога. При ранее проведенном эндоскопическом исследовании отмечали легкую эритему в дистальной части пищевода и небольшую грыжу пищеводного отверстия диафрагмы. В анамнезе у больной упоминаются бронхиальная астма и гиперлипидемия. Из хирургических вмешательств перенесла только неосложненное кесарево сечение. Не курит, алкоголя употребляет немного (1–2 бокала вина или 1–2 рюмки крепких напитков в неделю). На текущий момент из лекарств принимает аторвастатин и албутерол по потребности. При физикальном обследовании, включая тщательный осмотр шеи и ротоглотки, отклонений от нормы не выявили. Никаких патологических признаков не обнаружили и при лор-обследовании. Ничего не дали также результаты видеофлюорографии.

Введение

Словосочетанием «комки в горле» обозначают неболевое ощущение присутствия объемного инородного тела в горле, обычно в районе яремной вилки. Больные с таким состоянием могут описывать ощущение комка,

¹ R.T. Kavitt, M.D., M.P.H.

Department of Medicine, Section of Gastroenterology, University of Chicago, Chicago, IL, USA.

M.F. Vaezi, M.D, Ph.D., M.Sc. (Epi).

Department of Medicine, Vanderbilt University Medical Center, Nashville, TN, USA.

Division of Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition, Vanderbilt University Medical Center, 1660 TVC, 1301-22nd Ave. South, Nashville, TN 37232-5280, USA e-mail: Michael.Vaezi@vanderbilt.edu.

© Springer Science+Business Media New York 2015.

B.E. Lacy et al. (eds.), Functional and Motility Disorders of the Gastrointestinal Tract, DOI 10.1007/978-1-4939-1498-2_1.

распираания или шекотания в горле. Комок в горле отличается от дисфагии тем, что прохождение пищи на уровне его мнимого расположения не затрудняется и, кроме того, на ощущение комка в горле больные почти всегда указывают как на постоянный и стойкий симптом. Ощущение обычно не меняется при глотании, но в некоторых случаях после глотания может проходить. Большинство больных с жалобой на присутствие комка в горле ничего не рассказывают о дисфагии во время еды, хотя многие описывают ощущение «застрявшей в горле таблетки» или какого-то другого неопределенного препятствия, хотя на самом деле препятствие отсутствует. Ощущение может быть обусловлено воспалением на уровне гортани или нижних отделов глотки при нарушении двигательной функции пищевода, спазме перстнеглоточной части нижнего констриктора глотки или неполной релаксации верхнего пищевода сфинктера (ВПС). Ощущение комка в горле иногда оказывается симптомом рефлюкс-ларингита, хотя взаимосвязь между тем и другим не строгая.

Комок в горле часто имеет психогенную природу, и его появление может быть связано с повышенной висцеральной чувствительностью, возбуждением и тревогой, депрессией, соматоформными расстройствами или другими состояниями. Всегда необходимо проводить детальное обследование гортани, глотки, шеи и пищевода больного. Это исключит возможную связь с рядом заболеваний.

Рассматриваемое состояние иногда называют *globus faryngeus* или *globus hystericus*. Считается, что такой симптом впервые наблюдали у представительницы женского пола, и, чтобы указать на взаимосвязь между маткой и данным симптомом, его стали именовать *globus hystericus* («истерический ком в горле»). В исследованиях начала XX в. делали упор именно на психогенную природу болезни, упоминали и «материализацию скрытых идей», и манифестацию того или иного неврологического страдания. В более поздних исследованиях высказывалось предположение, что комок в горле есть не что иное, как проявление соматоформных или конверсионных расстройств.

Эпидемиология

С самой высокой частотой патология в виде комка в горле проявляется у представителей среднего возраста, почти всегда у совершенно здоровых людей. Проявление нетипично для возраста до 20 лет. Половых различий в заболеваемости нет, состояние выявляется в равных процентах у мужчин и женщин, хотя за помощью по этому поводу обращаются чаще женщины.

Патофизиология

Нет никаких в достаточной мере достоверных данных, которые доказывали бы, что комок в горле обусловлен какой-то одной анатомической причиной,

например крикофарингеальной ахалазией. Было показано, что у некоторых больных с жалобой на ощущение комка в горле присутствуют некие гипердинамические изменения, затрагивающие давление на уровне ВПС в виде повышения резидуального давления в ответ на дыхательные движения (рис. 1.1, см. цв. вклейку). Считается, что благодаря задержке воздуха в проксимальной части пищевода появлению комка в горле может способствовать учащенное глотание. Определенную роль может также играть гиперчувствительность пищевода. Как отмечалось ранее, строгой взаимосвязи между гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) и появлением комка в горле не найдено. Тем не менее в ряде исследований на небольшом количестве испытуемых было высказано предположение о том, что ГЭРБ может становиться причиной комка в горле; у других такой ассоциации не выявили. Ощущение комка в горле может быть среди других проявлений различных нарушений двигательной активности пищевода, хотя считается, что механизмы их развития напрямую к патофизиологии комка в горле не относятся. Симптом в виде ощущения комка в горле иногда сочетается с тем, что при эндоскопическом исследовании обнаруживают эктопию слизистой оболочки желудка в верхней трети пищевода (рис. 1.2, см. цв. вклейку). Так, было доказано, что у некоторых больных эндоскопическая абляция очагов эктопии вызывает явное улучшение, однако мнения по поводу такого способа лечения противоречивы и прибегать к нему не рекомендуется.

В ряде исследований показано, что появлению симптоматики у больных с жалобой на комок в горле предшествовали многочисленные стрессы. В одном из исследований около 96% больных с чувством комка в горле сообщили об усилении данного симптома в тех случаях, когда они переживали сильные эмоции. Это явилось основанием для назначения трициклических антидепрессантов (ТЦА) тем пациентам, у которых не было никаких анатомических или двигательных нарушений, и они не отвечали на эмпирическое лечение препаратами, подавляющими кислотообразующую функцию.

Диагностика

Согласно Римским рекомендациям III, чтобы можно было достоверно установить диагноз комка в горле (табл. 1.1), все критерии должны регистрироваться в течение последних 3 мес, а первые из них — появиться не позже чем за 6 мес до момента установления диагноза. Важно, чтобы при этом были исключены такие состояния, как ГЭРБ, нарушения двигательной функции пищевода и анатомические изменения в органе. В табл. 1.2 представлен обширный дифференциально-диагностический спектр патологии, который нужно иметь в виду в отношении больного с жалобой на наличие комка в горле.

Таблица 1.1. Диагностические критерии комка в горле в соответствии с Римскими рекомендациями III

1. Постоянное или периодически возникающее неболевое ощущение присутствия объемного инородного тела в горле
2. Появление комка в горле между приемами пищи
3. Отсутствие дисфагии и одинофагии
4. Отсутствие данных в пользу того, что данный симптом обусловлен желудочно-пищеводным рефлюксом
5. Отсутствие гистопатологических изменений, которые могли бы сказаться на моторике пищевода

Примечание. Все критерии должны регистрироваться в течение последних 3 мес, а первые из них — появиться не позже чем за 6 мес до момента установления диагноза. Приводится в адаптированном виде по: Galmiche J.P., Clouse R.E., Balint A. et al. Functional esophageal disorders // *Gastroenterology*. — 2006. — Vol. 130. — P. 1459–1465.

Таблица 1.2. Дифференциальная диагностика при ощущении комка в горле

Желудочно-кишечные расстройства	Заболевания, не связанные с желудочно-кишечным трактом (ЖКТ)
Нарушения моторики пищевода	Злокачественные опухоли с локализацией в области головы и шеи (особенно рак языка)
Ахалазия	Шейная лимфаденопатия
Изменения слизистой оболочки в виде пятен на входе в желудок	Зоб
ГЭРБ	Гиперпластический тонзиллит
Нижний кольцевидный стеноз пищевода или органическое сужение пищевода	Перенесенная ранее вулопалатопластика
Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	Параэзофагеальные объемные процессы
Повышенный тонус ВПС	Хронический тонзиллит или фарингит
Кольцевидный стеноз или перепонка пищевода на уровне шеи или ниже перстневидного хряща	Заболевания щитовидной железы
Ценкерровский дивертикул	Спондилез и остеофиты шейных позвонков
	Стресс
	Психологические и психиатрические расстройства

Для полноценной диагностики при таком проявлении, как комок в горле, крайне важен подробный анамнез с обязательным условием, чтобы на его основании была исключена дисфагия. Любаястораживающая симптоматика (одинофагия, болевой синдром, охриплость голоса, снижение массы тела и

др.) требует особого внимания и дополнительного клинического поиска. Обязательно осматривают и ощупывают шею. В случае необходимости больного направляют к оториноларингологу для тщательного эндоскопического обследования носа, гортани и глотки. Если выявляются классические симптомы рефлюкса, решают вопрос о проведении амбулаторной *pH*-метрии или пробном лечении ингибиторами протонной помпы (ИПП). В табл. 1.3 перечислены необходимые исследования в отношении обратившегося по поводу комка в горле. Набор диагностических средств должен соответствовать жалобам конкретного больного. Цель — выявление патологии, лежащей в основе страдания больного. Кроме того, важно убедиться в отсутствии анатомических или физиологических причин данного симптома.

Таблица 1.3. Диагностические инструменты, применяемые при обследовании больного с жалобой на комок в горле

Подробный анамнез и физикальное обследование
Лор-осмотр
Видеофлюороскопия глотания
Эзофагография
Пищеводная манометрия
Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)
Амбулаторная <i>pH</i> -метрия
Пищеводная многоканальная внутрипросветная импедансметрия
Определение времени опорожнения желудка
Консультация психиатра

Лечение

В одном из проспективных исследований было зафиксировано, что у 75% больных по прошествии 3 лет динамического наблюдения ощущение комка в горле стойко сохранялось. Симптом может вызывать весьма серьезное беспокойство, и в отношении терапии выбор весьма ограничен, но, исключив некоторые серьезные поражения, можно констатировать, что само по себе ощущение комка в горле никакой опасности не представляет. К важным элементам в лечении больного относятся моральная поддержка, объяснение сути патологии и убеждение больного в доброкачественности процесса. Всегда оправдано назначение пробной терапии препаратами, которые применяют при рефлюксе, особенно у тех больных, у которых симптоматика рефлюкса присутствует. Во время эндоскопического исследования есть смысл прибегнуть к пробному дилатационному воздействию, даже если никаких стриктур в пищеводе не обнаруживается.

В случае очень стойкой симптоматики следует подумать о консультации психиатра. У больных с сопутствующей психиатрической патологией или тревожными состояниями положительного эффекта можно ожидать от применения имипрамина. Больным с ощущением комка в горле иногда помогает релаксирующая терапия.

Клиническое наблюдение — результат терапии

Женщине начато эмпирическое лечение омепразолом в дозе 20 мг в сутки. При контрольном осмотре через месяц ощущение комка в горле больную беспокоило значительно меньше, хотя примерно 3 раза в неделю она дискомфорт испытывала. В дальнейшем удалось достичь еще большего успеха дилатацией пищевода и разъяснением больной сути ее состояния. Пациентке также указали на значение стресса при данной патологии.

Обучение — ключевые аспекты ведения больного

- Определяя клиническое понятие «комок в горле», необходимо использовать диагностические критерии согласно Римским рекомендациям III (см. табл. 1.1).
- Важно исключить весь набор схожей патологии, которая может оказаться истинной причиной наблюдаемой симптоматики, хотя по большому счету комок в горле почти всегда имеет идиопатическую природу и не исчезает, несмотря на проводимую терапию.
- Перечень диагностических исследований следует определять, исходя из тяжести симптоматики, длительности заболевания, наличия или отсутствия угрожающих признаков (дисфагии, одинофагии, снижения массы тела, анемии и т.п.), а также возможных сопутствующих проявлений.
- Разъяснительная работа, убеждение — решающие элементы при общении с больным, и их значение переоценить невозможно.

Учебные тесты

1. Какой из представленных в Римских рекомендациях III критериев не имеет отношения к симптому «комок в горле»?
 - А. Ощущение инородного тела в горле.
 - Б. Дисфагия и/или одинофагия.
 - В. Отсутствие данных в пользу того, что желудочно-пищеводный рефлюкс вызывает данный симптом.
 - Г. Отсутствие гистопатологических изменений, которые могли бы нарушить моторику пищевода.
2. Какой из видов лечения нельзя рассматривать как обоснованный подход при жалобе на комок в горле?
 - А. Ингибиторы протонной помпы.
 - Б. Релаксирующая психотерапия.
 - В. Трициклические антидепрессанты.
 - Г. Баклофен.
3. В каком из перечисленных диагностических исследований нет необходимости в случае с больным, предъявляющим жалобу на комок в горле?

- А. Манометрия пищевода.
- Б. Рентгенологическое исследование пищевода с контрастированием барием.
- В. Амбулаторная пищеводная *pH*-метрия.
- Г. Эндоскопическое ультразвуковое исследование.

Список литературы

1. Gale C.R., Wilson J.A., Deary I.J. Globus sensation and psychopathology in men: the Vietnam experience study // *Psychosom. Med.* 2009. Vol. 71. P. 1026–1031. This article assessed the prevalence of globus in U.S. male veterans and examined the correlation of this symptom with psychopathology.
2. Galmiche J.P., Clouse R.E., Balint A., Cook I.J. et al. Functional esophageal disorders // *Gastroenterology.* 2006. Vol. 130. P. 1459–1465. This article describes the Rome III diagnostic criteria for globus.
3. Harar R.P., Kumar S., Saeed M.A., Gatland D.J. Management of globus pharyngeus: Review of 699 cases // *J. Laryngol. Otol.* 2004. Vol. 118. P. 522–527. This article involved a retrospective study of a large patient population with globus.
4. Hill J., Stuart R.C., Fung H.K., Ng E.K. et al. Gastroesophageal reflux, motility disorders, and psychological profiles in the etiology of globus pharyngis // *Laryngoscope.* 1997. Vol. 107. P. 1373–1377. This article assessed 26 patients with globus and found an association between GERD and globus.
5. Moser G., Wenzel-Abatzi T.A., Stelzener M., Wenzel T. et al. Globus sensation: Pharyngoesophageal function, psychometric and psychiatric findings, and follow-up in 88 patients // *Arch. Intern. Med.* 1998. Vol. 158. P. 1365–1373. This article involved the study of 88 patients referred for evaluation of globus by investigating potential structural, functional, and psychiatric etiologies.

Глава 2

ДИСФАГИЯ

Кимберли Н. Харер и Давид А. Катцка¹

Клиническое наблюдение 1

Мужчина, 32 года, с бронхиальной астмой в анамнезе обратился в приемное отделение больницы в связи с остро возникшим затруднением при глотании, которое он почувствовал с первым откусыванием поджаренной курицы. Больной отметил, что в течение 6 мес время от времени ощущал застревание при проглатывании твердой пищи. Он сообщил также, что многие годы придерживается привычки есть медленно и избегает стейков. На изжогу, отрыжку и боль при глотании не жалуется. Во время физикального обследования обратило на себя внимание выраженное слюнотечение, и больной испытывал отчетливый дискомфорт. В экстренном порядке провели эндоскопическое исследование. Было обнаружено плотно зажатое скопление пищи в пищеводе. Пищевой комок удалили. После этого в пищеводе стали видны кольцевидные сужения и линейные складки (рис. 2.1, см. цв. вклейку). Эрозий в пищеводе не было. В биоптате слизистой оболочки — максимально до 50 эозинофилов в поле зрения микроскопа при большом увеличении.

Клиническое наблюдение 2

Женщина, 76 лет, с инсультом, сахарным диабетом и артериальной гипертензией в анамнезе осмотрена на амбулаторном приеме в связи с повторной пневмонией. За последние 6 мес ее 3 раза госпитализировали с пневмониями, которые лечили антибиотиками широкого спектра действия. Когда больную спросили про кашель во время приема пищи и попадание в нос жидкости при питье, она подтвердила, что такие неприятности испытывает. При физикальном обследовании обратили на себя внимание худощавое телосложение и

¹ K.N. Harer, M.D. D.A. Katzka, M.D.

Division of Gastroenterology and Hepatology, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA e-mail: Katzka.David@mayo.edu.

опущение левой половины лица (после ранее перенесенного сосудистого инсульта). Когда ей дали стакан воды, она пила маленькими глотками, при этом вынужденно наклоняла голову вперед, так что подбородок упирался в грудь. После того как она попила, ее голос стал звучать «влажно». Кусочек пудинга она проглотила без каких-либо затруднений.

Введение

Дисфагия (табл. 2.1) — симптом, который возникает в результате замедления или остановки пищевого комка или болюса жидкости в процессе его перемещения из полости рта через пищевод в желудок. По некоторым оценкам, через стационары и поликлиники с такой проблемой, как нарушение глотания, ежегодно проходит 10 млн американцев. Дисфагии соответствуют высокие показатели заболеваемости, летальности, и ею обусловлены большие затраты системы здравоохранения. По материалам одного из исследований, средняя продолжительность пребывания в стационаре пациентов с дисфагией оказалась в 2 раза больше по сравнению с теми, у которых дисфагии не было. Разница в затратах составила примерно 547 млн долларов. Частыми осложнениями дисфагии выступают аспирационная пневмония, нарушение питания и чувство стыда перед окружающими. Дисфагия очень сильно влияет на общее состояние здоровья человека и качество жизни.

Таблица 2.1. Определения

Дисфагия
Чувство застревания твердой и/или жидкой пищи, задержки или нарушенного прохождения через пищевод
Функциональная дисфагия
Для установления диагноза необходимы все перечисленные ниже критерии: — чувство застревания твердой и/или жидкой пищи, задержки или нарушенного прохождения через пищевод; — исключение гастроэзофагеального рефлюкса как причины описываемой симптоматики; — отсутствие гистопатологических изменений, которые могли бы сказаться на моторике пищевода*

*Все критерии должны регистрироваться в течение последних 3 мес, а первые симптомы — появиться не позже чем за 6 мес до момента установления диагноза.

Проводя дифференциальную диагностику при дисфагии, приходится учитывать множество различных вариантов патологии (табл. 2.2). При первоначальной оценке симптомокомплекса дисфагию необходимо дифференцировать от комка в горле, одинофагии и гиперчувствительности пищевода (функциональной дисфагии), однако разделение этих состояний может составить большие трудности.

Таблица 2.2. Дифференциальная диагностика дисфагии

Нарушение двигательной функции на уровне ротоглотки	Механическое препятствие на уровне ротоглотки	Нарушение двигательной функции пищевода	Механическое препятствие на уровне пищевода
<ul style="list-style-type: none"> • Центральная нервная система (ЦНС) Сосудистый инсульт Травма головы Болезнь Альцгеймера Рассеянный склероз Церебральный паралич Боковой амиотрофический склероз Действие лекарств • Периферическая нервная система Спинальная мышечная атрофия Синдром Гийена–Барре Постполиомиелитный синдром Дифтерия • Миогенные нарушения Миастения Ботулизм Дерматомиозит Саркоидоз Гипотиреоз Паранеопластический синдром Мышечная дистрофия Облучение 	<ul style="list-style-type: none"> • Ценкерровский дивертикул • Крикофарингеальная дискоординация • Рак миндалины или глотки • Зоб или рак щитовидной железы • Срединная киста шеи • Остеофиты шейного отдела позвоночника • Аномальное расположение правой подключичной артерии (<i>dysphagia lusoria</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ахалазия • Диффузный спазм пищевода • Повышенный тонус нижнего пищеводного сфинктера (НПС) • Эозинофильный эзофагит • Склеродермия • Амилоидоз • Состояние после фундопликации • Сахарный диабет • ГЭРБ 	<ul style="list-style-type: none"> • Стриктуры (ГЭРБ, результат применения лекарств, облучение, кожная патология) • Кольцевидный стеноз или перепонка • Эозинофильный эзофагит (кольцевидный стеноз) • Злокачественные опухоли • Внешняя компрессия (объемные процессы, сосуды, рак легкого) • Дивертикулы пищевода

Эпидемиология

Литературные данные, касающиеся частоты и распространенности дисфагии среди населения, весьма ограничены. С возрастом дисфагия становится более частым проявлением. Так, в исследовании с участием обратившихся в поликлиники первичных больных в возрасте 62 лет и старше 7% участников предъявляли жалобы на затруднения при проглатывании твердой пищи. Дисфагию выявили более чем у 33% больных, госпитализированных в скоромощные больницы, и у 30–40% больных в учреждениях длительного ухода (дома престарелых и т.п.). Согласно некоторым оценкам, распространенность ахалазии — главного нарушения двигательной функции пищевода составляет 7,9–12,6 на 100 000 населения с частотой выявления 1 на 100 000.

Клиническое течение дисфагии различается в зависимости от лежащей в ее основе патологии. Например, злокачественные новообразования приводят к дисфагии, и такая дисфагия будет прогрессировать. Прогрессирование симптоматики характерно и для доброкачественных поражений, например для ахалазии и эозинофильного эзофагита. Напротив, структурные, анатомические нарушения, такие как стеноз Шацкого или стриктуры, возникающие как следствие гастроэзофагеального рефлюкса, стабильны в своих проявлениях на протяжении многих лет, пока не будет предпринято надлежащее лечение.

Патофизиология

Глотание — сложный синхронизированный нервно-мышечный акт, который состоит из двух фаз — орофарингеальной и эзофагеальной. Дисфагия возникает, когда механические (анатомические) или двигательные (моторные) нарушения влияют на координацию механизма глотания, обеспечивающего пассаж пищевого комка от полости рта до желудка.

Орофарингеальная фаза глотания состоит из серии нервно-мышечных взаимодействий, которые обеспечивают продвижение пищевого комка из полости рта в пищевод. Начальная фаза осуществляется произвольно и включает смыкание губ, приподнимание языка, прижимание его к нёбу для того, чтобы протолкнуть пищевой комок назад, по направлению к глотке. Далее, закрывая носоглотку, приподнимается мягкое нёбо. При этом подъязычная кость перемещается вперед, и пищевой комок проходит из полости рта в глотку. Это стимулирует перистальтику фарингеальных мышц, и глотка приподнимается. Как только глотка оказывается приподнятой, уменьшается натяжение перстнеглоточной связки, что приводит к расслаблению ВПС, таким образом обеспечивается прохождение пищевого болюса в пищевод. Решающее, координирующее все действия значение как на произвольном, так и на произвольном уровне обеспечивают кора головного мозга и черепно-мозговые нервы V, IX—XII. Важно также отметить, что такие действия не только облегчают прохождение болюса через ротоглотку, но и включают защитные механизмы, предупреждающие аспирацию, в том числе закрытие надгортанником преддверия гортани и приподнимание гортани, то есть ее движение в направлении, противоположном перемещению болюса.

Эзофагеальная фаза происходит произвольно и начинается с момента релаксации ВПС и перехода пищевого комка в проксимальную часть пищевода. Перистальтика инициируется в верхней трети проксимальной части пищевода (здесь мускулатура поперечнополосатая) под контролем ствола мозга и перемещается по направлению к дистальной части пищевода с его гладкой мускулатурой, регулируемой мышечно-кишечным сплетением. Пищевой комок затем проходит через НПС. При этом сфинктер расслабляется, главным образом под влиянием высвобождающегося из мышечно-кишечных нейронов оксида азота, и пищевой комок оказывается в желудке.

Диагностика

Первый шаг в обследовании больного с дисфагией состоит в проведении дифференциальной диагностики между орофарингеальной и эзофагеальной дисфагией (табл. 2.2, 2.3). Проведению различия между этими двумя состояниями помогут сбор подробного анамнеза и тщательное физикальное обследование. Одновременно это позволит выбрать правильный путь диагностического поиска. Показано, что как в клинической практике, так и в научных исследованиях существенную пользу на данном этапе оказывает «Вопросник по дисфагии Клиники Мэйо» (*Mayo Dysphagia Questionnaire*).

Таблица 2.3. Вопросник по дисфагии

Вопрос	Комментарии
Как давно вы испытываете затруднения при глотании?	Необходимо определить, является ли дисфагия острой или хронической
Беспокоит ли вас что-то в самом начале глотания?	Затруднение в начале акта глотания указывает на локализацию причины в области ротоглотки
Нет ли у вас чувства «застревания» пищи? Если есть, то в каком месте?	Дискомfort на уровне шеи говорит о локализации причинного фактора в области ротоглотки. При пищеводной дисфагии больные не всегда могут определить локализацию препятствия, но, как правило, они указывают на яремную выемку
Затруднено глотание какой пищи — твердой, жидкой или любой?	При пищеводной дисфагии данный аспект помогает дифференцировать двигательные нарушения от появления механического препятствия
Ваши неприятные ощущения нарастают или появляются время от времени, не прогрессируя?	Важно для дальнейшего определения причины пищеводной дисфагии
Не худеете ли вы?	Снижение массы тела обычно связано с развитием злокачественного новообразования, ахалазией и тяжелой формой нейромышечной дисфагии
Нет ли у вас тошноты, рвоты, отрыжки?	Регургитация ранее проглоченной пищи обычно наблюдается при ахалазии и ценкеровском дивертикуле. Отрыгивание проглоченного только что — признак стриктуры или эозинофильного эзофагита
Не беспокоит ли вас изжога?	Длительно существующая ГЭРБ может вызывать образование стриктур. Изжогу, кроме прочего, наблюдают при склеродермии
Не менялся ли у вас голос, не было ли кашля, заброса срыгиваемой пищи в полость носа, пневмонии?	Связаны с причиной дисфагии на уровне ротоглотки

Окончание табл. 2.3

Вопрос	Комментарии
Не устанавливали ли вам ранее диагноз инсульта, болезни Паркинсона, болезни Альцгеймера, бокового амиотрофического склероза, рассеянного склероза или других нервно-мышечных заболеваний?	Связаны с причиной дисфагии на уровне ротоглотки
Не проходили ли вы лечения по поводу злокачественной опухоли?	Возможны рецидив и метастазирование. Лучевая терапия может вызывать развитие стриктур
Не было ли у вас операций на ротоглотке, пищеводе, желудке или позвоночнике?	Хирургические операции в анамнезе могут выступать причиной рубцевания или повреждения нерва
Какие лекарства вы принимаете?	Некоторые лекарства способны вызвать лекарственный эзофагит или формирование стриктур [например, доксициклин, препараты калия, нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), бисфосфонаты]. Нейромодуляторы могут повлиять на акт глотания

К симптомам, которые указывают на орофарингеальную дисфагию, относятся затруднение в самом начале глотания, кашель или заброс пищи в полость носа во время глотания, необходимость в повторном проглатывании, слюноотечение, чувство, «будто пища остановилась в области шеи», «отсутствие возможности дышать» в момент обструкции при глотании. Важно отметить, что черепно-мозговые нервы, которые контролируют работу мышц, участвующих в глотании, также иннервируют структуры, ответственные за говорение. В связи с этим у больных возможны дизартрия и изменение голоса. При орофарингеальной дисфагии, в отличие от эзофагеальной, в анамнезе могут упоминаться инсульт или нервно-мышечная патология.

При эзофагеальной дисфагии симптоматика обычно менее специфична. Хотя больные могут указывать на то место в пищеводе, где происходит застревание пищи, при морфологических изменениях это обозначение локализации, как правило, не соответствует истине. Если препятствие для свободного прохождения пищевого комка стойко сохраняется, больного начинают беспокоить отрыжка и рвота, причем в отрыгиваемой массе обнаруживается пища более чем от одного проглатывания. Больным с эзофагеальной дисфагией менее свойственна паника, и у них практически не бывает симптомов, связанных с дисфункцией дыхательных путей, меньше вероятность аспирации. Эзофагеальная дисфагия может быть обусловлена двумя основными причинами: механической обструкцией и нарушением двигательной функции. В каждом случае клиническая картина различна, и это обсуждается далее по тексту.

Механическая эзофагеальная дисфагия обычно выражается в эпизодически возникающих затруднениях при проглатывании твердой пищи, таблеток или большого пищевого комка. Больные указывают на частое застревание от-

дельных глотков пищи. Они, как правило, «смывают застрявший кусок», запивая водой, чтобы устранить дискомфорт, затем, после того как пищевой комок пройдет дальше или оторвется, продолжают есть. Проявления могут возникать чаще, если человек находится в условиях, при которых он не концентрируется на процессе жевания, например на вечеринке или в самом начале еды, когда обычно едят быстро. Отлична ситуация с эзофагеальной дисфагией, обусловленной нарушением двигательной функции органа. В этом случае затруднения возникают при проглатывании как жидкой, так и твердой пищи. В противоположность дисфагии за счет анатомического препятствия такой вид расстройства глотания появляется в любой момент приема пищи; срыгивания более характерны, и нередко после такого эпизода большой перестает есть.

Кроме того, важно иметь в виду (особенно при доброкачественных причинах дисфагии), что до обращения за медицинской помощью больные, как правило, тем или иным способом компенсируют свое состояние, каким-то образом преодолевают дискомфорт. Они прибегают к более тщательному пережевыванию пищи; медленнее едят; избегают некоторых видов пищи или напитков; выбирают какую-то специфическую позу во время еды, например, сидят с выпрямленной спиной (как при ахалазии) или во время проглатывания наклоняют голову вперед и упираются подбородком в грудь; иногда изменяют рацион, переходя в основном на более мягкую или даже жидкую пищу.

В процессе физикального обследования необходимо обратить особое внимание на состояние зубов больного и на то, как он глотает. Неплохо попросить больного прожевать и проглотить пищу непосредственно в процессе обследования, понаблюдать, не появится ли кашель, не станет ли голос «влажным», не прибежит ли пациент к компенсирующим приемам (таким, как наклон головы вперед так, чтобы подбородок упирался в грудь; сдвоенное глотание, глотание очень маленькими порциями; слишком долгое жевание). Нужно тщательно осмотреть и пропальпировать шею, имея целью не пропустить увеличение лимфатических узлов и щитовидной железы, объемные образования, девиацию трахеи. Для того чтобы выявить возможную заинтересованность ЦНС, обязательно проверяют симптоматику, которая касается черепно-мозговых нервов.

Первоначальное обследование призвано определить, является ли дисфагия орофарингеальной или эзофагеальной, имеет место механическое препятствие или нарушена двигательная функция. Соответствующий дифференциально-диагностический алгоритм представлен на рис. 2.2. Если подозревается нарушение двигательной функции на орофарингеальном уровне, самым лучшим подходом следует признать видеофлюороскопическое исследование с проглатыванием контраста при участии опытного логопеда или реабилитолога. С другой стороны, если предполагается злокачественное новообразование с локализацией в области рта или глотки, проводят эндоскопическое исследование с осмотром также носоглотки и гортани (рис. 2.3). В отношении больных с подозрением на механическую эзофагеальную причину дисфагии предпочтение в первую очередь следует отдать эндоскопическому исследованию верхних отделов ЖКТ, так как, скорее всего, потребуются



Рис. 2.2. Обследование при синдроме дисфагии

биопсия, и во время исследования можно будет осуществлять лечебные манипуляции. В тех случаях, когда речь идет о нарушении моторики пищевода, чтобы лучше определиться с диагнозом и планом лечения, проводят эзофагографию с барием. По проблеме дисфагии найти описание исчерпывающих диагностических подходов не удастся, выбор часто зависит от опыта эндоскописта и рентгенолога. В случае с дисфагией упомянутые диагностические методы призваны дополнять друг друга. Для того чтобы подтвердить диагноз ахалазии или уточнить предполагаемое нарушение двигательной функции пищевода, когда исключена механическая причина состояния, проводят пищеводную манометрию.

Лечение

Вариантов терапии орофарингеальной дисфагии много. Выбор зависит от лежащей в основе причины (табл. 2.4). По возможности вмешательства должны осуществляться в соответствии с патофизиологическими закономерностями. При многих нервно-мышечных расстройствах, приводящих к орофарингеаль-

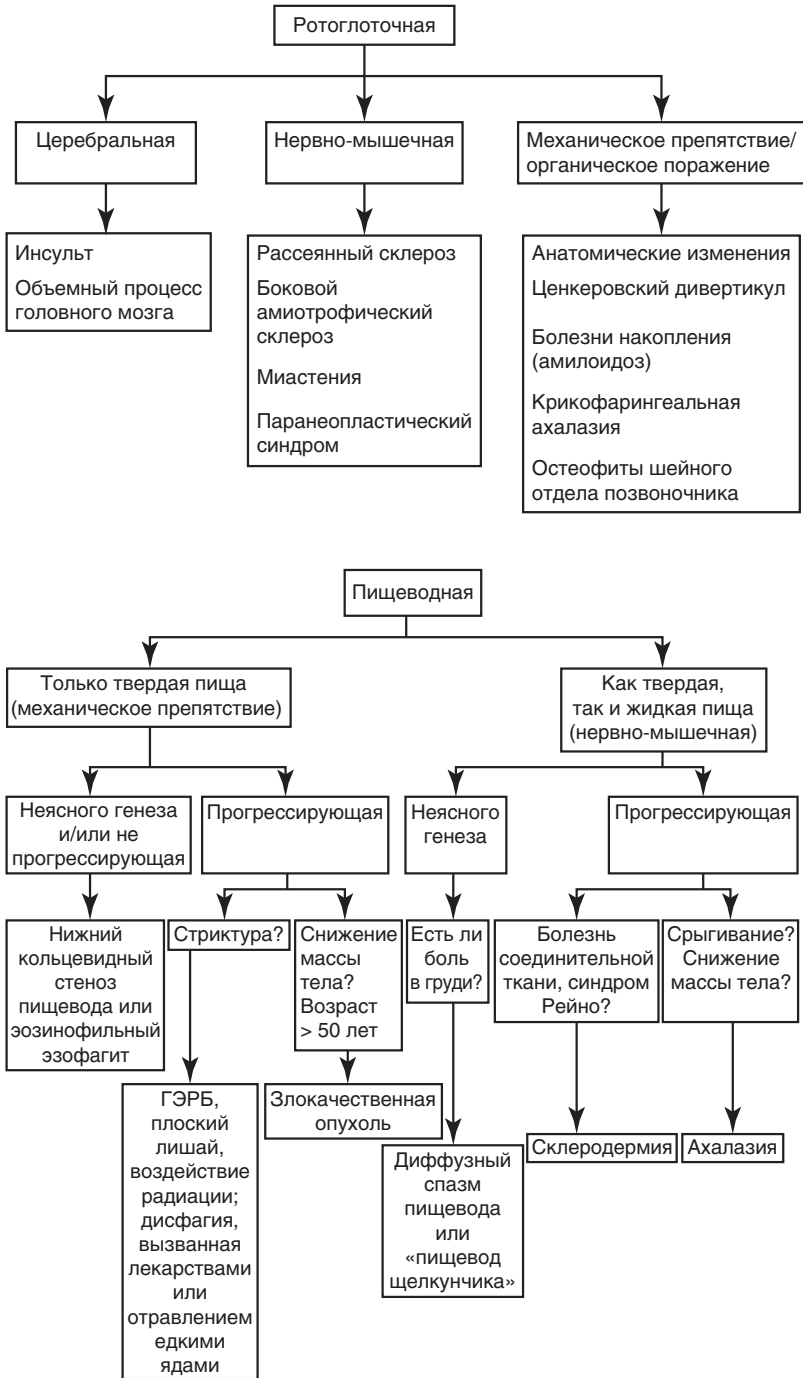


Рис. 2.3. Диагностический алгоритм при дисфагии

Таблица 2.4. Возможности в лечении дисфагии

Заболевание	Патогенез	Лечение
<i>Причина дисфагии на уровне пищевода (эзофагеальная дисфагия)</i>		
Ахалазия	Исчезновение перистальтики в дистальной части пищевода и гипертонус НПС	Инъекция ботулинического токсина в НПС. Пневматическая дилатация. Хирургическая миотомия. С пробной целью можно применять БКК, нитраты и силденафил, но обычно выраженного эффекта от этого не наблюдают
Диффузный спазм пищевода	Неконтролируемые пролонгированные сокращения пищевода	БКК, нитраты и силденафил. Инъекция ботулинического токсина. При отсутствии эффекта от консервативной терапии и резко выраженной дисфагии — длинная эзофаготомия
Эозинофильный эзофагит	Патогенез не вполне ясен, повышенная эозинофильная инфильтрация в связи с воздействием факторов внешней среды или аллергии	Топические глюкокортикоидные препараты для приема внутрь, исключение пищевых триггеров
Рак пищевода	Аденокарцинома — курение, ГЭРБ, ожирение центрального типа. Плоскоклеточный рак — курение	Химиотерапия и лучевая терапия, хирургические операции, эндоскопическая резекция, стентирование
«Пищевод щелкунчика»	Пролонгированные, высокоамплитудные сокращения пищевода	БКК. Возможно применение нитратов, силденафила. ТЦА. Дилатация с помощью бужей. Лечение ГЭРБ
Кольцевидный стеноз или перепонка пищевода	Кольцо — циркулярное сужение за счет утолщения слизистой оболочки или мышечного слоя в нижней части пищевода. Перепонка — тонкая мембрана из слизистой оболочки, вызывающая сужение просвета в верхнем или среднем отделе пищевода	Дилатация бужами <i>Savary</i> или баллонная дилатация
Склеродермия	Ослабление или полное исчезновение тонуса НПС, а также перистальтики пищевода	Определенной терапии нет. Важно целенаправленно лечить ГЭРБ
Стриктурa	Стриктуры обычно образуются на фоне хронического раздражения слизистой оболочки пищевода за счет ГЭРБ и эозинофильного эзофагита без надлежащего лечения, кожных болезней и воздействия лекарств	Дилатация бужами <i>Savary</i> или баллонная дилатация. Лечение лежащего в основе заболевания

ной дисфагии, в терапии методами выбора могут быть исправление речи и/или приемы, направленные на коррекцию глотания. При эзофагеальной дисфагии имеется широкий спектр терапевтических возможностей, однако терапия выбора основывается на определении этиологического фактора. Двигательные расстройства на уровне НПС, а иногда и тела пищевода (например, при ахалазии, диффузном спазме пищевода, «пищеводе шелкунчика», повышенном тоне НПС) можно лечить спазмолитиками. Среди последних блокаторы кальциевых каналов (БКК), нитраты, силденафил и ботулинический токсин в виде инъекций. При ахалазии предпочтение отдают пневмодилатации и миотомии НПС. В лечении ахалазии используют также спазмолитики, но эффективность их, как правило, невысокая. Механические причины эзофагеальной дисфагии: стриктуры, кольцевидные сужения и стенозы в виде перепонки — лучше всего устраняются бужированием или баллонной дилатацией. Для того чтобы предотвратить образование стриктур, важно правильно лечить лежащее в основе заболевание. Гастроэзофагеальный рефлюкс контролируют с помощью ИПП или фундопликацией. Эозинофильный эзофагит лечат топическими стероидами, а иногда — одним лишь изменением рациона питания. Злокачественные опухоли пищевода требуют лечения у онколога, но больным этой категории могут потребоваться и способы механического воздействия, такие как дилатация и/или стентирование.

Клиническое наблюдение 1 — результат терапии

У больного была выявлена эозинофилия пищевода, однако осталось непонятным, вызвал ли данное состояние гастроэзофагеальный рефлюкс или эозинофильный эзофагит развился сам по себе. Первым лечебным шагом у данного больного должно быть проведение дилатирующей манипуляции. Это предотвратит повторяющиеся «застревания» пищи. Одновременно, согласно положениям общепринятого руководства (консенсуса), рекомендуется восьминедельное лечение ИПП (прием препарата дважды в день) с проведением в процессе лечения повторных эндоскопий и биопсий пищевода, поскольку эозинофилия пищевода может разрешиться на фоне лечения ИПП даже при отсутствии явных признаков рефлюксной болезни. Если эозинофилия пищевода после курсовой терапии останется, следует остановиться на топическом применении стероидов (лекарство проглатывают). Назначают флутиказон или будесонид.

Клиническое наблюдение 2 — результат терапии

Больной провели видеоэзофагографию, которая продемонстрировала существенно выраженную слабость глоточной мускулатуры, недостаточный наклон надгортанника с образованием свободного пространства, заброс бария в область ямки надгортанника и грушевидные синусы. При обследовании

признаков миастении не нашли. Мышечные ферменты в сыворотке крови не превышали норму, их определение потребовалось, чтобы исключить миозит. Отрицательный результат получен также при электромиографии, то есть речь о нервно-дегеративных нарушениях (боковом амиотрофическом склерозе и др.) не шла. С помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга выявили новую зону ишемии в области ствола. Больной рекомендовали употреблять более твердую пищу, загущать все жидкости. В процессе видеofлюороскопического исследования с глотанием попробовали применить прием с наклоном головы вперед так, чтобы подбородок упирался в грудь. При этом уменьшился заброс в гортань. В конце пациентку обучили, как тренировать в себе навык глотания с произвольным усилием, порекомендовали упражнения для укрепления мускулатуры глотки.

Обучение — ключевые аспекты ведения больного

- Больные обычно самостоятельно приспосабливаются к дисфагии, прибегают к собственным приемам, которые помогают им устранять неприятные проявления (например, стараются избегать определенных видов пищи и едят медленно).
- После устранения обтурации пищевода скоплением пищи целесообразно по возможности обратиться к вмешательствам, способным расширить просвет органа. Это необходимо, чтобы избежать прогрессирования патологии с развитием осложнений, например перфорации или аспирации.
- Эозинофилию пищевода нельзя рассматривать как эквивалент эозинофильного эзофагита, так как эозинофилы могут выступать в роли маркеров гастроэзофагеального рефлюкса. В связи с этим, прежде чем применять топические стероиды или предписывать особую диету по поводу предполагаемого эозинофильного эзофагита, необходимо дополнительно и целенаправленно обследовать больного, чтобы достоверно исключить ГЭРБ (применяют беспроводную капсулу или проводят исследование трансназальным зондом) и/или назначить пробное лечение ИПП.
- У больных с подозрением на нарушение двигательной функции на уровне ротоглотки в первую очередь проводят видеоэзофагографию. Она предоставляет важную диагностическую информацию и позволяет определиться в отношении показаний к лечению у врача, который занимается коррекцией речи и глотания.
- Цереброваскулярные катастрофы относятся к наиболее частым причинам острого развития дисфагии у пожилых людей, однако нельзя забывать и о возможности появления других патологических процессов в нервно-мышечной сфере. В подобных случаях показана консультация невролога.

Учебные тесты

1. Мужчина, 74 года, обследуется по поводу преходящей дисфагии при употреблении твердой пищи. Дисфагия сочетается с неприятным запахом изо рта и ощущением «отрыжки» в горле после еды. Подозревается церкеровский дивертикул. К какому из перечисленных исследований целесообразно прибегнуть в первую очередь?
 - А. Эзофагогастродуоденоскопия.
 - Б. Манометрия пищевода.
 - В. Компьютерная томография шеи.
 - Г. Рентгенологическое исследование пищевода с барием.
2. Мужчина, 54 года, с неконтролируемой артериальной гипертензией обследуется в поликлинике после того, как дважды за месяц обращался в приемный покой больницы с жалобой на загрудинную боль. В обоих случаях как электрокардиограмма, так и концентрация тропонина в крови не выходили за пределы нормы. Больной прошел пробу с нагрузкой; ишемии не выявлено. Сильное надавливание на грудь боль не провоцирует. Пациент сообщил, что боль всегда появлялась после обеда и сопровождалась незначительной дисфагией. Далее провели ЭГДС; также никакой патологии не выявили. В связи с подозрением на нарушения двигательной функции пищевода со склонностью к гипермоторике осуществили манометрию пищевода. При этом обнаружили появление синхронных высокоамплитудных пролонгированных сокращений пищевода, характерных для диффузного спазма пищевода. Что из приведенного можно считать терапией выбора на начальном этапе?
 - А. Длинная эзофагомиотомия.
 - Б. Дилтиазем.
 - В. Инъекция ботулинического токсина.
 - Г. Пневматическая дилатация.
3. Мужчина, 27 лет, с бронхиальной астмой в анамнезе проходит обследование по поводу преходящей дисфагии при проглатывании твердой пищи. Дисфагия наблюдается в течение 6 мес. Она усугубляется, если он ест мясо и хлеб. При ЭГДС выявили «рифленый» пищевод, а в биоптате — 40 эозинофилов в поле зрения микроскопа. При 24-часовой комбинированной импедансной *pH*-метрии данных за гастроэзофагеальный рефлюкс не получили. Установлен диагноз эозинофильного эзофагита. Что из приведенного лучше всего предпринять на начальном этапе ведения больного?
 - А. Назначение ингибитора протонной помпы на 8 недель, после чего — повторное эндоскопическое исследование с биопсией.
 - Б. Скарификационная кожная проба с пищевыми аллергенами и в случае положительного ответа — исключение из рациона пищи, способной спровоцировать аллергию.

В. Топический кортикостероидный препарат для перорального приема на срок 8 недель.

Г. Дилатация пищевода.

4. Если эзофагограмма с контрастированием барием предположительно свидетельствует о наличии ахалазии, но больной при этом не худеет и ему удается контролировать проявления болезни изменением образа жизни, никакого дальнейшего обследования не требуется. Это утверждение правильное или неправильное?

А. Правильное.

Б. Неправильное.

5. Женщина, 64 года, с гастроэзофагеальным рефлюксом в анамнезе обратилась в свою поликлинику для обследования в связи с эпизодической дисфагией, которая наблюдается в течение года. Она чувствует «застревание» пищи в районе мечевидного отростка. Именно на эту область она указывает. Дискомфорт уменьшается после нескольких глотков воды, но при этом иногда часть пищи отрыгивается. После такого эпизода она способна продолжать спокойно есть. Одинофагию, похудение, обратный заброс в носоглотку и кашель больная отрицает. Что из перечисленного ниже с наибольшей вероятностью проявляется дисфагией?

А. Пептические стриктуры.

Б. Эозинофильный эзофагит.

В. Ахалазия пищевода.

Г. Ценкерровский дивертикул.

Список литературы

1. Levine M.S., Rubesin S.E., Laufer I. Barium esophagography: A study for all seasons // Clin. Gastroenterol. Hepatol. 2008. Vol. 6. P. 11–25. A superb review of the capabilities of radiography in the diagnosis of esophageal disorders by, arguably, the finest barium esophagography unit in the world.
2. Logeman J.A. Swallowing disorders // Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. 2008. Vol. 21. P. 563–573. A superb review of pathophysiology, diagnosis and treatment of oropharyngeal dysmotility disorders. It is a must read for all gastroenterologists.
3. Pandolfino J.E., Fox M.R., Bredenoord J., Kahrilas P.J. High-resolution manometry in clinical practice: utilizing pressure topography to classify oesophageal motility abnormalities // Neurogastroenterol. Motil. 2009. Vol. 21. P. 796–806. A nice review of the use of a technology that will likely become the future «gold standard» for evaluating neuromuscular function of the LES and esophageal body.

Рекомендуемая литература

1. Francis D.L., Katzka D.A. Achalasia: Update on the disease and its treatment // Gastroenterology. 2010. Vol. 139. P. 369–374.