

Синдром дисфагии в клинической практике*

Н. Б. Губергриц, д.м.н., проф., зав. кафедрой

Н. В. Беляева, к.м.н., ассистент кафедры

А. Е. Клочков, д.м.н., доцент кафедры

Г. М. Лукашевич, к.м.н., ассистент кафедры

П. Г. Фоменко, к.м.н., доцент кафедры

Кафедра внутренней медицины имени А. Я. Губергрица Донецкого национального медицинского университета, Украина

Syndrome of dysphagia in clinical practice

N. B. Gubergritz, N. V. Belyaeva, A. E. Klochkov, G. M. Lukashevich, P. G. Fomenko

Donetsk National Medical University, Ukraine

Резюме

Статья представляет собой обзор современных представлений о дисфагии, составленный на основе рекомендаций Всемирной организации гастроэнтерологии (пересмотр 2014 г.). Представлены дефиниция дисфагии, ее варианты (ротоглоточная и пищеводная), этиология и патогенез, алгоритмы диагностики. Особое внимание уделено принципиальным подходам к лечению, в т.ч. диете, поведенческой и медикаментозной терапии, показаниям к оперативному лечению. Проведены логические пути клинического мышления от симптома и синдрома к диагнозу и лечению.

Ключевые слова: дисфагия, ротоглоточная и пищеводная дисфагии, диета при дисфагии, поведенческая и медикаментозная терапия дисфагии.

Summary

The article is an overview of modern concepts of dysphagia, compiled on the basis of the recommendations of the World Gastroenterology Organization (revision of the year 2014). The definition of dysphagia, its variants (oropharyngeal and esophageal), etiology and pathogenesis, diagnostic algorithms are presented. Particular attention is paid to the principal approaches to treatment, including diet, behavioral and drug therapy, indications for surgical treatment. Logical ways of clinical thinking from the symptom and syndrome to the diagnosis and treatment are conducted.

Key words: dysphagia, oropharyngeal and esophageal dysphagia, diet for dysphagia, behavioral and drug therapy of dysphagia.

Дисфагия (затруднение глотания) — это нарушение нормального прохождения проглатываемой пищи в начале глотания или при прохождении по пищеводу.

Дисфагия — распространенная жалоба, частота которой различается у взрослых и детей, так как спектр заболеваний у них отличен. По некоторым данным, частота дисфагии при необходимости оказания неотложной помощи может достигать более 30 % случаев.

Этапы диагностического поиска при дисфагии представлены в боксе 1.

Верификация дисфагии

Дисфагия выявляется при расспросе жалоб. Она может проявляться нарушениями, затруднениями при глотании (ротоглоточная дисфагия) и ощущением застревания, распирания, дискомфорта при продвижении пищевого комка по пищеводу (пищеводная дисфагия).

Важно расспросить пациента о возможном сочетании дисфагии

с одинофагией (болезненным проглатыванием или болезненным прохождением пищевого комка по пищеводу), ощущением комка в горле (*Globus hystericus*), чувством сдавления грудной клетки, затрудненным дыханием и фагофобией (боязнью глотания).

При расспросе необходимо выяснить следующие позиции:

- локализацию ощущений;
- чем вызывается дисфагия — плотной пищей и (или) жидкостью, имеет ли значение размер проглатываемых кусков, характер пищи (грубая, острая и т.д.);
- постоянство или периодичность симптомов;
- давность возникновения симптомов.

Бокс 1 Этапы диагностического поиска при дисфагии

- Синдромный диагноз — верификация дисфагии
- Внутрисиндромный диагноз — определение патогенетического варианта и причины дисфагии:
 - ротоглоточная
 - пищеводная
- Нозологический диагноз

Внутрисиндромный диагноз

Важно разобраться, какой вариант дисфагии имеет место у пациента: ротоглоточный или пищеводный. Ротоглоточная дисфагия встречается в 80–85 % случаев дисфагии.

Ротоглоточная дисфагия

Данный тип дисфагии называют «верхней», так как место затруднения прохождения пищи и (или) жидкости находится в области рта и глотки. При этом пациенты отмечают затруднения в ротовую или ротоглоточную фазы глотания и обычно указывают на шейную область как место локализации нарушений, возникающих при плотательных движениях. В ряде случаев ротоглоточной дисфагии сопутствуют другие симптомы (бокс 2).

*Статья написана на основании рекомендаций Всемирной организации гастроэнтерологии (пересмотр рекомендаций 2014 года). См. на странице www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/dysphagia/dysphagia-english.

Бокс 2

Сопутствующие симптомы ротоглоточной дисфагии

- Носовая регургитация
- Кашель
- «Носовая» речь
- Ослабленный кашлевой рефлекс
- Приступ удушья
- Дизартрия или диплопия (могут сопровождать неврологические расстройства, которые вызывают ротоглоточную дисфагию)
- Неприятный запах изо рта

Бокс 3

Заболевания и состояния, при которых нужно заподозрить связь дисфагии с неврологическими расстройствами

- Гемипарез вследствие перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения
- Птоз век
- Признаки миастении беременных (слабость к концу дня)
- Болезнь Паркинсона
- Другие неврологические заболевания, включая шейный остеохондроз, указания на пороки развития нервной системы
- Патология черепно-мозговых нервов, участвующих в регуляции глотания

Выявление неврологических нарушений, сопровождающихся ротоглоточной дисфагией, позволяет думать о данной патологии и после обследования установить пациенту точный диагноз. Связь дисфагии с неврологическими расстройствами нужно заподозрить при заболеваниях и состояниях, представленных в боксе 3.

Пищеводная дисфагия

Пищеводную дисфагию называют «нижней», поскольку неприятные ощущения и их причины связаны преимущественно с нижним отделом пищевода. Хотя необходимо отметить, что некоторые пациенты с пищеводной дисфагией, причиной которой является ахалазия кардии, могут жаловаться на затруднения глотания в области шеи, что имитирует ротоглоточную дисфагию.

Дисфагия у больных с ахалазией кардии ощущается при проглатывании как жидкой, так и твердой пищи, усиливаясь при волнениях и поспешном глотании. Изредка наблюдается ее особый тип (*парадоксальная дисфагия*), при которой твердая пища проходит по пищеводу лучше, чем жидкая, а большие куски пищи — легче, чем малые (симптом Лихтенштерна). Больные прибегают к разнообразным приемам, облегчающим движение пищевого комка в желудок, основанным на повышении внутрипищеводного давления (натуживание на выдохе по типу пробы Вальсальвы, сдавление

грудной клетки руками, повороты туловища, подпрыгивание и др.), а также заглатывание воздуха (аэрофагия) либо запивание водой (гидрофагия) принимаемой пищи. У части пациентов прием напитков с высоким содержанием углекислоты (вариант аэрофагии) и теплое питье уменьшают проявления дисфагии. Со временем больные избирают для себя такой набор продуктов и блюд в рационе, который вызывает у них минимально выраженную дисфагию [3].

Физикальное обследование больных с пищеводной дисфагией обычно имеет ограниченную диагностическую ценность. У лиц со злокачественными опухолями пищевода может быть выявлена шейная (супраклавикулярная) лимфаденопатия. Кроме того, у некоторых пациентов со склеродермией и вторичными пептическими стриктурами возможно обнаружение CREST-синдрома (кальциноз, болезнь Рейно, нарушение перистальтики пищевода, склеродактилия, телеангиоэктазии).

Запах изо рта может навести на мысль о наличии ахалазии, большого дивертикула Ценкера (дивертикул Ценкера образуется в области глоточно-пищеводного перехода между мышечными волокнами) или длительно существующей обструкции просвета, приводящей к скоплению разлагающейся пищи.

Дисфагия, которая возникает в равной степени после принятия как

твердой, так и жидкой пищи, часто вызывает подозрение на двигательные расстройства пищевода. Такое подозрение усиливается в тех случаях, когда интермиттирующая дисфагия при приеме и твердой, и жидкой пищи сопровождается болью в груди.

Дисфагия, которая проявляется при употреблении только твердой, но никогда не возникает при приеме жидкой пищи, предполагает возможность механической обструкции со стенозом просвета менее 15 мм. При прогрессировании заболевания необходимо думать о возможности развития пептической стриктуры или карциномы. Следует иметь в виду, что у больных с пептической стриктурой отмечается длительная изжога, но никогда не наблюдается снижения массы тела. В противоположность этому пациенты, страдающие раком пищевода, — это люди старшего возраста с выраженной потерей массы тела.

Неврологический диагноз

Ротоглоточная дисфагия

При подозрении на ротоглоточную дисфагию необходимо провести дифференциальную диагностику между наличием механических препятствий прохождению пищевого комка и нарушениями нейромышечной сократимости пищевода (бокс 4). Один из самых частых вариантов ротоглоточной дисфагии — постинсультная дисфагия, которая выявляется почти в 50 % случаев после острого нарушения мозгового кровообращения. Ее тяжесть тесно коррелирует с тяжестью инсульта. У 50 % пациентов с болезнью Паркинсона наблюдаются ряд симптомов, соответствующих ротоглоточной дисфагии (особенно в поздних стадиях), и почти у 95 % больных с данным заболеванием нарушения обнаруживаются при проведении видеоэзофагографии.

Методы обследования при ротоглоточной дисфагии. Хронометрированный тест с проглатыванием воды является недорогим и потенциально применимым скрининговым тестом, дополняющим результаты, которые были получены в ходе изучения анамнеза и клинического обследования. При проведении теста пациент вы-

пивает 150 мл воды из стакана так быстро, как только может, при этом врач регистрирует время и количество глотков. На основе этих данных могут быть рассчитаны скорость проглатывания и средний объем глотка. Прогностическая точность теста для идентификации дисфагии более 95 %. Указанный тест может быть дополнен «пищевым» тестом.

«Золотым стандартом» в диагностике ротоглоточной дисфагии и исследованиях нарушений двигательной функции ВПС является рентгеноскопическое исследование процесса проглатывания (видеофлюороскопия), а назоэндокопия — «золотым стандартом» для оценки морфологических причин этого типа дисфагии. Наличие у пациента жалоб на дисфагию служит показанием к исследованию двигательной функции ВПС и глотки. Методы диагностики ротоглоточной дисфагии представлены на рис. 1.

Пищеводная дисфагия

Выделяют несколько основных состояний, наиболее часто проявляющихся пищевой дисфагией (бокс 5) [1, 2].

Главная задача при выявлении причин пищевой дисфагии — исключить злокачественную патологию (бокс 6).

Основой диагностики причин пищевой дисфагии является сочета-

- Механические и обструктивные причины ротоглоточной дисфагии
 - инфекции (в т.ч. ретрофарингеальные абсцессы)
 - увеличение щитовидной железы
 - лимфоаденопатия
 - дивертикул Ценкера (при наличии маленького дивертикула причиной может служить дисфункция верхнего пищеводного сфинктера [ВПС])
 - снижение растяжимости мышц (миозит, фиброз)
 - злокачественное поражение головы и шеи
 - шейные остеофиты (редко)
 - ротоглоточная малигнизация и неоплазмы (редко)
- Нейромышечные расстройства
 - заболевания ЦНС (инсульт и др.)
 - контрактильные расстройства, такие как крикофарингеальный спазм (дисфункция ВПС) или миастения беременных, окулофарингеальная мышечная дистрофия и др.
- Другие причины ротоглоточной дисфагии
 - неправильное расположение зубов
 - язвы полости рта
 - ксеростомия
 - лекарственное воздействие (например, длительное применение пенициллина)

ние анализа клинических признаков заболевания и результатов инструментальных исследований (табл. 1).

При выборе первичных методов для определения причины пищевой дисфагии рекомендуется индивидуальный подход в каждом конкретном случае.

Рентгенологическое исследование пищевода с контрастированием барием позволяет выявить дефекты наполнения в пищеводе и идентифицировать участки обструкции, соединительнотканые мембраны и кольца. Во время исследования верифици-

руется наличие у пациента ахалазии кардии, сегментарного и диффузного спазмов, хотя эти нарушения моторики пищевода наиболее достоверно диагностируются с помощью манометрии. Особенно информативным методом исследования двигательной функции грудного отдела пищевода и НПС считается манометрия высокого разрешения (high resolution manometry, HRM).

Для детальной визуализации слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта проводится эндоскопия. В процессе введения эндо-

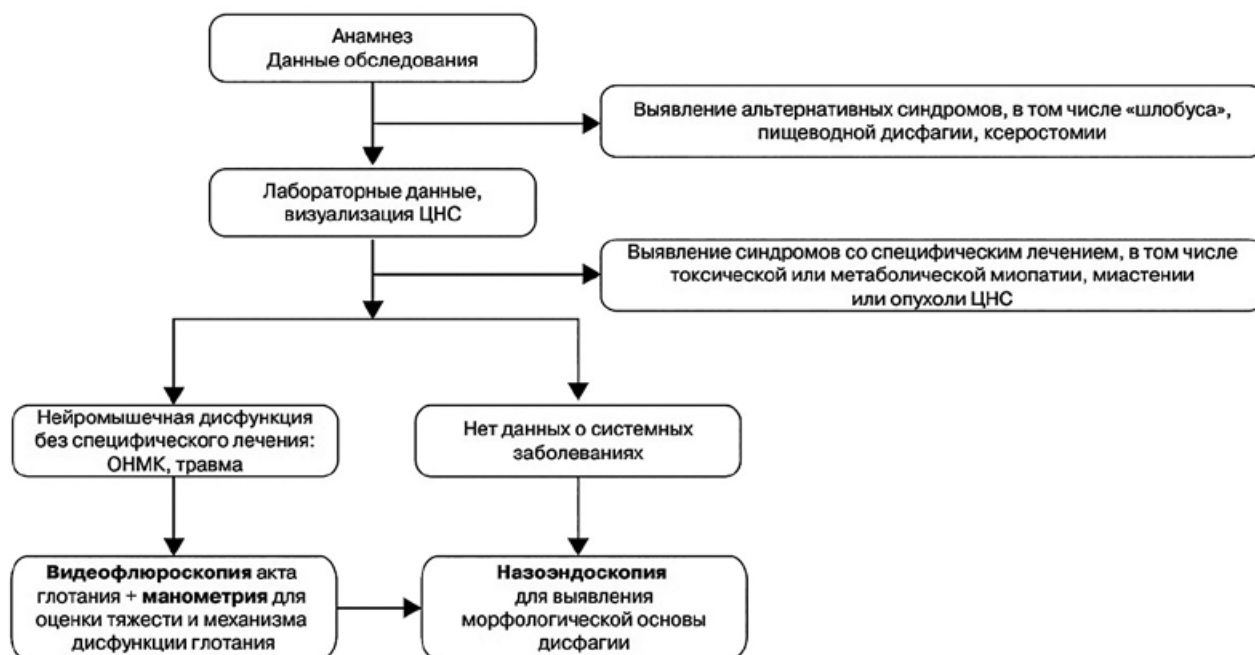


Рисунок 1. Алгоритм диагностики ротоглоточной дисфагии [5].

Бокс 5
Причины пищевой дисфагии

- Обтурация просвета пищевода инородным телом (часто вызывает острую дисфагию)
- Поражение слизистой оболочки, которое приводит к сужению просвета вследствие воспаления, фиброза или неоплазии
 - гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (пептическая стриктура пищевода)
 - сидеропеническая дисфагия или синдром Платмера-Винсона (пищеводные кольца и соединительнотканые мембраны)
 - опухоли пищевода
 - химическое поражение (проглатывание едких жидкостей, лекарственный эзофагит, склеротерапия варикозного расширения вен пищевода)
 - радиационные поражения
 - инфекционный эзофагит
- Болезни средостения, которые вызывают обструкцию пищевода путем прямой инвазии или посредством увеличения лимфатических узлов
 - опухоли (в том числе рак легкого, лимфома)
 - инфекции (включая туберкулез, гистоплазмоз)
 - сердечно-сосудистые заболевания (дилатация предсердия, аневризма аорты)
- Нейромышечные заболевания, поражающие гладкие мышцы пищевода и подслизистое нервное сплетение, нарушающие перистальтику грудного отдела пищевода либо тонус нижнего пищевого сфинктера (НПС), или то и другое
 - ахалазия кардии
 - склеродермия
 - другие двигательные нарушения (эзофагоспазм, кардиоспазм)
 - дивертикулы пищевода
 - состояние после хирургических вмешательств (фундопликация и иных антирефлюксных операций)

Бокс 6
Данные анамнеза, заставляющие предполагать опухоль пищевода

- Анамнез короткий (менее 4 месяцев)
- Болезнь прогрессирует
- Дисфагия проявляется чаще при приеме твердой, а не жидкой пищи
- Имеется потеря массы тела

скопа в полость желудка очень важен детальный осмотр с целью исключения псевдоахалазии, связанной с опухолью пищеводно-желудочного перехода.

Жалобы больного на дисфагию являются основными показаниями к исследованию двигательной функции пищевода. Цель исследования — выявить первичные (например, ахалазия кардии) и вторичные (в частности, при склеродермии) расстройства указанной функции. При выполнении исследования 4- или 8-канальным водно-перфузионным катетером (так называемая conventional manometry) анализируются показатели двигатель-

ной активности ВПС, грудного отдела пищевода и НПС.

Современными высокотехнологичными методами исследования двигательной функции пищевода, применяющимися в ведущих исследовательских центрах, являются манометрия высокой разрешающей способности и объемная 3D-манометрия. Последнее исследование позволяет, используя многоканальный зонд (датчики располагаются на расстоянии 1 см друг от друга), получать количественные показатели, касающиеся совокупной перистальтической активности, давления в сфинктерах пище-

вода, тонуса стенки органа, а также с помощью многоцветного объемного изображения видеть продвижение перистальтической волны [1, 2].

Манометрия высокого разрешения имеет ряд преимуществ по сравнению с манометрией, выполняемой 4- или 8-канальным водно-перфузионным катетером. При расположении датчиков давления на расстоянии 5 см друг от друга большие участки перистальтической волны грудного отдела пищевода «выпадают» из анализа. Например, у больных с ахалазией кардии подтягивание НПС и укорочение дистального отдела пищевода часто принимают за истинное, хотя и недостаточное, расслабление сфинктера («псевдорелаксация»).

Использование многоканальных катетеров при манометрии высокой разрешающей способности дает возможность избежать подобных ошибок. Применение этого метода позволило выделить три типа ахалазии кардии, что помогает более точно прогнозировать эффективность лечения методом пневмокардиодилатации. Выделение трех типов основано на различиях в перистальтической активности грудного отдела пищевода. I тип ахалазии кардии характеризуется отсутствием сокращений грудного отдела пищевода, при II типе имеются неперистальтические сокращения с нормальной амплитудой, а при III типе — выраженная гипермоторная дискинезия. Наилучшие результаты при пневмокардиодилатации достигаются у пациентов со II типом ахалазии. Отсутствие перистальтики или выраженная гипермоторная дискинезия грудного отдела пищевода могут рассматриваться в качестве прогностических критериев большой частоты рецидивов ахалазии кардии после кардиодилатации.

Радионуклидная сцинтиграфия пищевода. Пациент проглатывает жидкость, содержащую радиоактивную

Таблица 1
Диагностические критерии пищевой дисфагии

Клинические симптомы	Результаты инструментальных исследований
• Ощущение препятствия при прохождении пищи (жидкости) по пищеводу • Чувство застревания пищи (жидкости) • Необходимость запивать пищу • Боль по ходу пищевода при глотании • Срыгивание • Потеря массы тела	• Хронометрированный тест с проглатыванием воды • Эндоскопическое исследование • Рентгенологическое исследование пищевода с барием • Исследование двигательной функции пищевода (манометрия, уровень доказательности C) • Сцинтиграфия пищевода

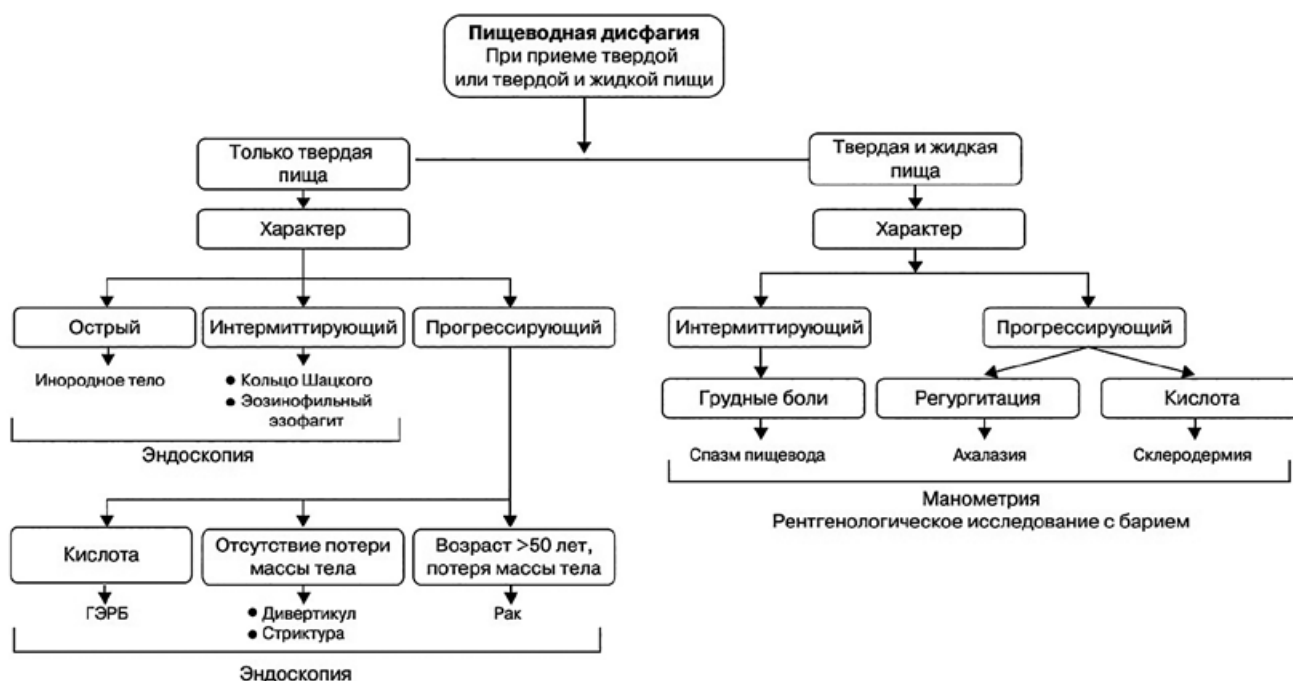


Рисунок 2. Алгоритм диагностики пищеводной дисфагии [5].

метку (например, воду, смешанную с технецием-99 и коллоидной серой), после чего производится измерение показателей радиоактивности. При нарушении сократимости пищевода типичным является замедление выхода из него радиоактивной метки. Эта техника первоначально использовалась в исследовательских работах, но в настоящее время применяется в клинических целях в специализированных институтах [1, 2].

Алгоритм выбора методов диагностики при пищеводной дисфагии приведен на рис. 2.

Основной дифференциальный диагноз следует проводить между эзофагоспазмом, эозинофильным эзофагитом, ахалазией кардии, кардиоспазмом, опухолью пищевода, стриктурой пищевода, тяжелой формой гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, сдавлением пищевода извне (аневризма аорты, опухоль средостения), системными заболеваниями с поражением пищевода (склеродермия), CREST-синдромом, кольцом Шатцкого (рубцовое концентрическое сужение в области пищеводно-желудочного перехода; возникает на почве ожога, рефлюкс-эзофагита или диафрагмальной грыжи). Основное значение в дифференциальной диагностике имеют результаты рентген-исследования и эндоскопии.

Особо следует отметить функциональную дисфагию, которая может быть и ротоглоточной, и пищеводной. Это расстройство характеризуется ощущением нарушения транзита пищи через пищевод при отсутствии структурных повреждений, изменений слизистой оболочки и моторных нарушений пищевода, которые могли бы объяснить этот симптом (бокс 7) [4].

Лечение

Существуют несколько методов лечения ротоглоточной дисфагии, поскольку неврологические и нейромышечные расстройства, которые наиболее часто приводят к появлению

дисфагии, крайне редко могут быть излечены с помощью лекарственных препаратов или хирургического вмешательства. Исключением являются методы лечения дисфагии при болезни Паркинсона и миастении (лечение основного заболевания). Терапия осложнений имеет очень большое значение. В этом отношении выявление риска аспирации — ключевой элемент при выборе метода лечения.

Диета. Полезно изменение диеты с переходом на мягкую пищу и выбор определенной позы при ее приеме. Питание *per os*, если оно возможно, предпочтительнее других вариантов приема пищи. Внимание должно уделяться контролю калорийности

Бокс 7 Диагностические критерии функциональной дисфагии [4]

- Диагноз устанавливается при наличии всех нижеперечисленных критериев, соответствие которым должно соблюдаться в течение 3 последних месяцев с началом проявлений не менее 6 месяцев перед диагностикой с частотой не реже 1 раза в неделю
 - ощущение застревания или ненормального движения твердой или жидкой пищи по пищеводу
 - отсутствие доказательств, что изменения слизистой оболочки пищевода или структурные повреждения являются причиной симптоматики
 - отсутствие доказательств, что гастроэзофагеальный рефлюкс или эозинофильный эзофагит являются причиной симптома
 - отсутствие выраженных (больших) эзофагеальных моторных расстройств (ахалазия или обструкции пищеводно-желудочного перехода, диффузного пищевода *jackhammer*, аперистальтического состояния)
 - болезнь прогрессирует
 - дисфагия проявляется чаще при приеме твердой, а не жидкой пищи
 - имеется потеря массы тела*

Примечание:* — потеря массы тела связана с нарушением поступления пищи.

Таблица 2
Методы лечения пищеводной дисфагии

Консервативное лечение	Инвазивное лечение
Эозинофильный эзофагит	
Гипоаллергенная диета, ингибиторы протонной помпы, топические стероиды	Эндоскопическое лечение при острой дисфагии, баллонная дилатация, бужирование
Диффузный спазм пищевода	
Нитраты, блокаторы кальциевых каналов, спазмолитики	Серийная дилатация или продольная миотомия
Кардиоспазм	
Нитраты, блокаторы кальциевых каналов, спазмолитики	Миотомия
Ахалазия кардии	
Мягкая пища, нитраты, спазмолитики, блокаторы кальциевых каналов	Пневмокардиодилатация, инъекция токсина ботулизма, миотомия Геллера
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	
Ингибиторы протонной помпы, H ₂ -блокаторы, обволакивающие, антациды, прокинетики	Хирургическое лечение
Склеродермия	
Антирефлюксные препараты, системная лекарственная терапия склеродермии	Отсутствует
Инфекционный эзофагит	
Антибиотики, противовирусные, противогрибковые препараты	Отсутствует
Фарингоэзофагеальный (Ценкеровский) дивертикул	
Отсутствует	Эндоскопическое или наружное восстановление после крикофарингеальной миотомии
Опухоль пищевода	
Химиотерапия при злокачественной опухоли	Хирургическое лечение
Кольцо Шацкого	
Мягкая пища	Дилатация
Сдавление пищевода извне (аневризма аорты, опухоль средостения)	
Химиотерапия при злокачественной опухоли	Хирургическое лечение

пищи, объема жидкости и потребностям организма (риск похудения, дегидратации). Добавление в пищу лимонной кислоты улучшает глотательный рефлекс, возможно, за счет улучшения вкуса и стимуляции кислотой. Дополнительное назначение ингибитора ангиотензин-превращающего фермента для облегчения кашлевого рефлекса может также оказаться эффективным.

Когда высок риск аспирации или прием пищи *per os* не обеспечивает адекватного питания, должны быть рассмотрены альтернативные методы (зондовое питание, через гастростому). Прием пищи через гастростому у пациентов, перенесших инсульт и имеющих ротоглоточную дисфагию, уменьшает смертность и улучшает трофологический статус в сравнении с питанием *per os*.

Хирургические методы лечения направлены на борьбу со спастическими случаями дисфагии. Так, кри-

кофарингеальная миотомия может быть успешной почти в 60 % случаев, однако эффективность ее применения остается спорной. С другой стороны, удаление механического препятствия, такого как большой, сдавливающий окружающие ткани дивертикул Ценкера, часто абсолютно необходимо.

Переобучение глотанию. Различная техника глотательной терапии разрабатывается для того, чтобы восстановить нарушенное глотание. Она включает укрепляющие упражнения, стимуляцию биологической обратной связи, термальную и вкусовую стимуляции.

В табл. 2 представлен список методов лечения пищеводной дисфагии.

Лечение функциональной дисфагии включает разъяснение сути заболевания, его преходящего характера и благоприятного прогноза, а также следующие рекомендации: избегать провоцирующих факторов, принимать пищу в вертикальном по-

ложении, тщательно пережевывать пищу и запивать ее. Иногда могут быть эффективны ингибиторы протонной помпы, антидепрессанты. Успешное применение бужирования объясняется недиагностированными стриктурами [4].

Список литературы

1. Маев И. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и ассоциированная патология / И. В. Маев, С. Г. Бурков, Г. Л. Юрнев. — М.: Литтерра, 2014. — 352 с.
2. Фадеев Г. Д. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: пищеводные, внепищеводные проявления и коморбидность / Г. Д. Фадеев, А. Е. Гриднев. — Киев: Библиотека «Здоровье Украины», 2014. — 376 с.
3. Чернин В. В. Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки: руководство для врачей / В. В. Чернин. — М.: Мед. информ. агентство, 2010. — 528 с.
4. Drossman D. A. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features and Rome IV / D. A. Drossman. — *Gastroenterology*. — 2016. — Vol. 150. — P. 1262–1279.
5. www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/dysphagia/dysphagia-english.

