

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению дисфагии

В.Т. Ивашкин¹, И.В. Маев², А.С. Трухманов¹, Т.Л. Лапина¹
А.А. Шептулин¹, О.А. Сторонова¹, Д.Н. Андреев²

¹ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

²ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Diagnosics and treatment of dysphagia: clinical guidelines of the Russian gastroenterological association

V.T. Ivashkin¹, I.V. Mayev², A.S. Trukhmanov¹, T.L. Lapina¹, A.A. Sheptulin¹, O.A. Storonova¹, D.N. Andreyev²

¹ State educational government-financed institution of higher professional education «Sechenov First Moscow state medical university», Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, the Russian Federation

² State educational government-financed institution of higher professional education «Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry», Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, the Russian Federation

1. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

– поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

– доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрановскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE. Глубина поиска составляла 5 лет.

Методы, использованные для определения качества и силы доказательств:

– консенсус экспертов;
– оценка значимости в соответствии с имеющимися схемами (табл. 1 и 2).

Методы, использованные для анализа доказательств:

– обзоры опубликованных мета-анализов;
– систематические обзоры с таблицами доказательств.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций:

– консенсус экспертов.

Экономический анализ:

– анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

– внешняя экспертная оценка;

– внутренняя экспертная оценка.

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых просили прокомментировать прежде всего то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для понимания.

Комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых терапевтов содержали их мнение в отношении доходчивости изложения рекомендаций и оценку их важности как рабочего инструмента повседневной практики.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт анализировался и вносимые исправления регистрировались. Если же изменения не вносились, то указывались соответствующие причины.

Экспертная оценка и последние изменения в предлагаемых рекомендациях были представлены для дискуссии в предварительной версии на Российской гастроэнтерологической неделе в 2013 году.

Таблица 1

Уровни доказательности (классификация Оксфордского центра доказательной медицины)

Уровень	Тип данных
1a	Доказательства, полученные в мета-анализах <i>рандомизированных контролируемых исследований</i> (РКИ)
1b	Доказательства, полученные как минимум в одном рандомизированном исследовании
2a	Доказательства, полученные как минимум в одном хорошо спланированном контролируемом исследовании без рандомизации
2b	Доказательства, полученные как минимум в одном хорошо спланированном полужекспериментальном исследовании другого типа
3	Доказательства, полученные в хорошо спланированных не экспериментальных исследованиях, таких как сравнительные, корреляционные исследования и описания клинических случаев (случай–контроль)
4	Доказательства, полученные из отчетов экспертных комиссий, на основе мнений или клинического опыта авторитетных специалистов

Таблица 2

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

Сила	Описание
A	По меньшей мере один мета-анализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+
C	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2+

2. Дефиниция, эпидемиология и классификация

2.1. Дефиниция

Дисфагия рассматривается как затруднение в начале глотания (определяется как ротоглоточная дисфагия) либо как ощущение препятствия прохождению пищи или жидкости от рта до желудка (определяется как пищеводная дисфагия). Таким образом, дисфагия является ощущением препятствия нормальному прохождению проглатываемой пищи.

2.2. Эпидемиология

Дисфагия — часто встречающееся заболевание. Например, случаи дисфагии при оказании скорой медицинской помощи могут достигать 33%, а анализ сведений об оказании помощи на дому

показывает, что 30–40% больных имеют нарушения глотания, которые приводят к большому количеству аспирационных осложнений.

С другой стороны, эпидемиологические данные не могут обеспечить полного представления о распространенности рассматриваемой патологии, поскольку число нозологических единиц, которые могут вызвать дисфагию, значительно различаются. Кроме того, процент ее развития варьирует в зависимости от возраста пациентов. Следует также помнить о том, что спектр заболеваний, проявляющихся дисфагией у детей, отличается от такового у взрослых. Дисфагия возникает в любом возрасте, но с годами количество наблюдаемых случаев увеличивается.

У молодых пациентов дисфагия встречается как при травматических поражениях головы и шеи, так и при раке горла и полости рта.

Частота развития того или иного вида рака пищевода меняется: все чаще диагностируется аденокарцинома пищевода, хотя, по-прежнему, преобладает плоскоклеточный рак. Стриктура пищевода вследствие химического ожога (у лиц, принявших химические реагенты с суицидальной целью) и туберкулез также являются причиной развития дисфагии.

2.3. Классификация

1. По давности возникновения симптомов:
 - острая,
 - хроническая.
2. По уровню локализации:
 - ротоглоточная,
 - пищеводная.
3. По характеру течения:
 - постоянная,
 - интермиттирующая,
 - прогрессирующая.

3. Этиология

Для того чтобы установить этиологию дисфагии, надо применять ту нозологическую классификацию, которая позволяет выявить отличия между заболеваниями, наиболее часто поражающими глотку и проксимальный отдел пищевода (ротоглоточная дисфагия), и заболеваниями, которые чаще всего поражают тело пищевода и зону пищеводно-желудочного перехода (пищеводная дисфагия). Однако следует иметь в виду, что многие заболевания имеют «перекрест» симптомов, и они могут быть причиной как ротоглоточной, так и пищеводной дисфагии. Очень важно подробное изучение истории болезни с оценкой проводимого лечения, поскольку лекарственные препараты могут вызывать или усиливать проявления дисфагии.

У молодых пациентов ротоглоточная дисфагия обычно возникает вследствие воспалительных заболеваний мышц, наличия соединительнотканых мембран и кольцевидных образований. У людей старшего возраста причиной этого вида дисфагии, как правило, являются расстройства *центральной нервной системы* (ЦНС), включая инсульт, болезнь Паркинсона и старческую деменцию.

3.1. Этиология ротоглоточной дисфагии

При подозрении на ротоглоточную дисфагию необходимо провести дифференциальную диагностику между наличием механических препятствий и нарушениями нейромышечной сократимости, как указано ниже.

3.1.1. Механические и обструктивные причины:

– инфекции (в том числе ретрофарингеальные абсцессы);

- тиреомегалия;
- 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).

3.1.2. Нейромышечные расстройства:

- заболевания ЦНС (инсульт и др.);
- контракильные расстройства, такие как крикофарингеальный спазм (дисфункция ВПС) или миастения беременных, окулофарингеальная мышечная дистрофия и пр.

Постинсультная дисфагия выявляется почти в 50% случаев. Ее тяжесть тесно коррелирует с тяжестью инсульта. У 50% пациентов с болезнью Паркинсона наблюдается ряд симптомов, согласующихся с ротоглоточной дисфагией, и почти у 95% нарушения обнаруживаются при проведении видеоэзофагографии. Клинически выраженная дисфагия может выявиться на ранних стадиях болезни Паркинсона, но гораздо чаще – на поздних.

3.1.3. Другие причины ротоглоточной дисфагии:

- неправильное расположение зубов;
- язвы полости рта;
- ксеростомия;
- лекарственное воздействие (например, длительное применение пенициллина).

3.2. Этиология пищеводной дисфагии

Выделяют несколько основных состояний, наиболее часто проявляющихся пищеводной дисфагией:

- obturация просвета пищевода инородным телом (часто вызывает острую дисфагию);
- поражение слизистой оболочки, которое приводит к сужению просвета вследствие воспаления, фиброза или неоплазии:
 - ◇ ГЭРБ (пептическая стриктура)
 - ◇ сидеропеническая дисфагия или синдром Пламмера–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 пищеводно-го сфинктера* (НПС), или то и другое:
 - ◇ ахалазия кардии
 - ◇ склеродермия
 - ◇ другие двигательные нарушения
 - ◇ состояние после хирургических вмешательств (фундопликации и иных антирефлюксных операций)

4. Клинические проявления

Ключевыми моментами анализа проявлений дисфагии являются:

- локализация места затруднения прохождения пищи и/или жидкости;
- характер пищи и/или жидкости, вызывающей затруднение глотания;
- течение дисфагии (постоянная, интермиттирующая, прогрессирующая);
- продолжительность (давность возникновения) симптомов.

Заключение об имеющемся типе дисфагии можно сделать на основании тщательного обследования (ротоглоточная дисфагия по сравнению с пищеводной встречается в 80–85% случаев).

4.1. Основные клинические проявления ротоглоточной дисфагии

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 глотательных движениях.

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).

Определение неврологических нарушений, сопровождающихся ротоглоточной дисфагией, позволяет установить пациенту точный диагноз. Дисфагия возникает при следующих заболеваниях и состояниях:

- гемипарез вследствие перенесенного *острого нарушения мозгового кровообращения* (ОНМК);
- птоз век;
- признаки миастении беременных (слабость к концу дня);
- болезнь Паркинсона;
- другие неврологические заболевания, включая шейную дистонию, шейный гиперостоз, порок развития Арнольда–Киари (смещение головного мозга в каудальном направлении и ущемление его в большом затылочном отверстии);
- специфический дефицит черепно-мозговых нервов, участвующих в регуляции глотания, что может также способствовать точному определению причины ротоглоточных нарушений при постановке диагноза.

4.2. Основные клинические проявления пищеводной дисфагии

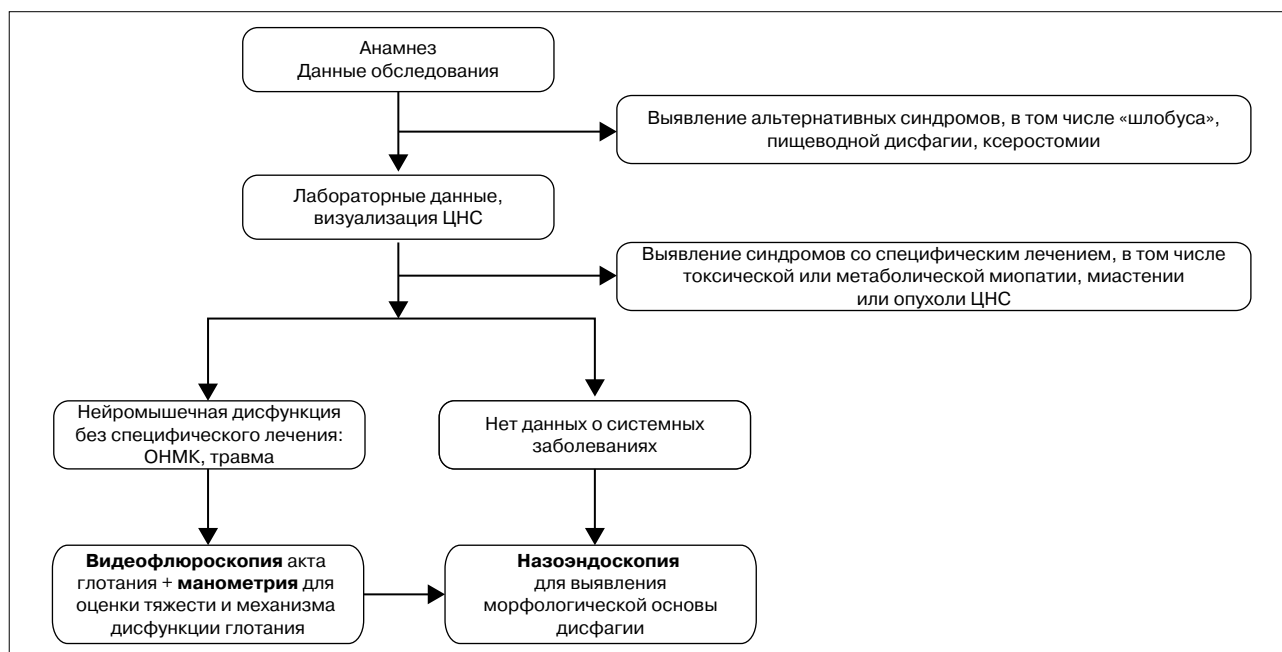
Пищеводную дисфагию называют «нижней», поскольку она локализуется преимущественно в дистальном отделе пищевода. Хотя необходимо отметить, что некоторые пациенты с пищеводной дисфагией, причиной которой является ахалазия кардии, могут жаловаться на затруднения глотания в шейном отделе пищевода, что имитирует ротоглоточную дисфагию.

Физикальное обследование больных с пищевой дисфагией обычно имеет ограниченную ценность. У лиц с 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 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 болями 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 принять во внимание возможность развития пептической стриктуры или карциномы. Следует иметь в виду, что у больных с пептической стриктурой отмечается длительная изжога, но никогда не наблюдается снижение массы тела.



Алгоритм 1. Методы диагностики ротоглоточной дисфагии

В противоположность этому пациенты, страдающие раком пищевода, — это люди старшего возраста с выраженной потерей массы тела.

5. Методы диагностики

Детальное обследование, принимающее во внимание все ключевые диагностические элементы, очень важно и часто позволяет поставить диагноз с полной уверенностью. В первую очередь необходимо определить локализацию того места, в котором пациент ощущает затруднения глотания (ротоглоточная или пищеводная дисфагия).

5.1. Диагностика ротоглоточной дисфагии

Хронометрированный тест с проглатыванием воды является недорогим и потенциально применимым скрининговым тестом, дополняющим результаты, полученные в ходе изучения анамнеза и клинического обследования.

При проведении теста пациент выпивает 150 мл воды из стакана так быстро, как только может, при этом врач регистрирует время и количество глотков. На основе этих данных может быть рассчитана 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 исследовании нарушений двигательной функции верхнего пищеводного сфинктера является рентгеноскопическое исследование процесса проглатывания (видеофлюороскопия), а назоэндоскопия — «золотым стандартом» для оценки морфологических причин этого типа дис-

фагии. Наличие у пациента жалоб на дисфагию служит показанием к исследованию двигательной функции ВПС и глотки. Методы диагностики и лечения ротоглоточной дисфагии описаны в алгоритме 1.

5.2. Диагностика пищеводной дисфагии

Главная задача при выявлении причин пищеводной дисфагии — исключить злокачественную патологию.

Анализируя историю развития заболевания, злокачественность процесса можно предположить, если:

- анамнез характеризуется как короткий (менее 4 месяцев);
- болезнь прогрессирует;
- дисфагия проявляется чаще при приеме твердой, а не жидкой пищи;
- имеется потеря массы тела.

Основой диагностики пищеводной дисфагии является сочетание анализа клинических признаков заболевания и результатов инструментальных исследований (табл. 3).

При выборе первичных методов для определения причины пищеводной 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 верифицируется наличие у пациента ахалазии кардии, сегментарного и диффузного спазма, хотя эти

Таблица 3

Диагностические критерии пищеводной дисфагии

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

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 эндоскопа 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»*, прибор «Гастроскан-Д» производства «Исток-Система») анализируются показатели двигательной активности верхнего пищеводного сфинктера, грудного отдела пищевода и нижнего пищеводного сфинктера, нормальные данные приведены в табл. 4.

Современным высокотехнологичным методом исследования двигательной функции пищевода, применяющимся в ведущих исследовательских центрах, является манометрия высокой разрешающей способности и объемная 3D-манометрия. Это исследование позволяет, используя многоканальный зонд (датчики располагаются на расстоянии 1 см друг от друга), получать количественные показатели, касающиеся совокупной перистальтической активности, давления в сфинктерах пищевода, тонуса стенки органа, а также с помощью многоцветного объемного изображения видеть продвижение перистальтической волны.

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 участ-

ки 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, помогающих 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 большого процента рецидива ахалазии кардии после кардиодилатации.

При анализе данных, полученных методом HRM, следует учитывать Чикагскую классификацию нарушений моторики пищевода, созданную в 2008 г. (последний пересмотр в Асконе в 2011 г.) — табл. 5.

При выполнении пациенту манометрии высокого разрешения 22-канальным водно-перфузионным или твердотельным катетерами анализируются показатели двигательной активности ВПС, грудного отдела пищевода и НПС, норма которых представлена в табл. 6.

Алгоритм выбора методов диагностики при пищеводной дисфагии приводится ниже (алгоритм 2).

Радионуклидная сцинтиграфия пищевода. Пациент проглатывает жидкость, содержащую радиоактивную метку (например, воду, смешанную с технецием-99 и коллоидной серой),

Таблица 4

Манометрические характеристики двигательной активности ВПС, тела пищевода и НПС в норме (количество исследуемых глотков 10)

Показатели моторики НПС			
Параметр		Норма	
Давление покоя среднее, мм рт. ст.		10–25	
Длительность расслабления, с		5–9	
Расслабление, %		>90	
Остаточное давление, мм рт. ст.		<8	
Расположение НПС, см		43–48	
Показатели моторики пищевода			
Точка записи	Амплитуда, мм рт. ст.	Длительность, с	Скорость, см/с
18 см выше НПС	15–30	3–6	–
13 см	20–40	3–7	–
8 см	15–45	4–8	–
3 см	20–35	4–8	–
Средняя 8/3	20–40	4–8	–
Проксимальный отдел	–	–	3<N<8
Дистальный отдел	–	–	3<N<8
Показатели моторики ВПС			
Параметр		Норма	
Давление покоя среднее, мм рт. ст.		35–45	
Длительность расслабления, с		1,00–2,32	
Расслабление, %		70–95	

Таблица 5

Чикагская классификация нарушений моторики пищевода

Ахалазия	Тип I Тип II Тип III Нарушение проходимости кардии
Заболевания, связанные с нарушением моторики	Диффузный эзофагоспазм Чрезмерная интенсивность сокращений DCI >8000 («отбойный молоток») Гипокинезия/Отсутствие сокращений
Изменения перистальтики	Нарушение перистальтики с большими разрывами Нарушение перистальтики с малыми разрывами Незавершенная перистальтика Ускоренные сокращения Гиперкинезия грудного отдела пищевода («пищевод щелкунчика»)

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.

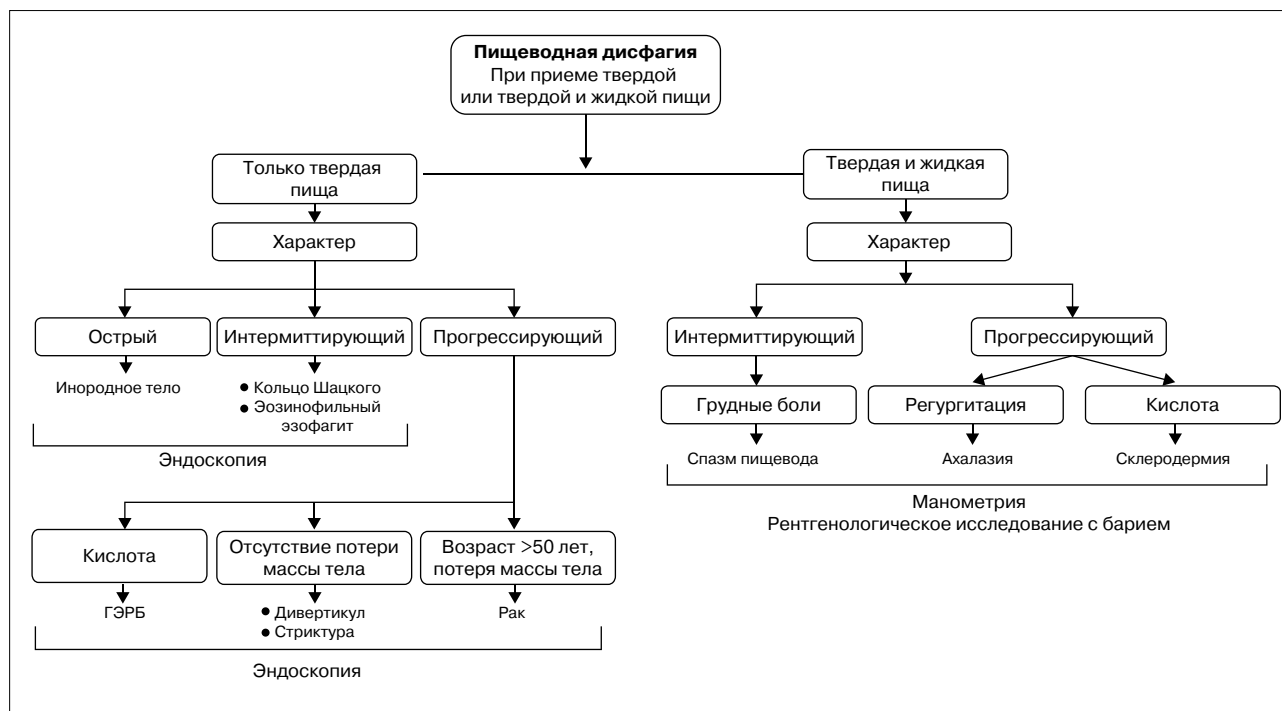
6. Дифференциальный диагноз

В первую очередь необходимо разграничивать и выделять такие состояния, как одинофагия (болезненное проглатывание), наличие *Globus hystericus* (ощущение комка в глотке), сдавление грудной клетки, затрудненное дыхание и фагофобия (боязнь глотания).

Таблица 6

Протокол исследования

Изучавшиеся показатели (средние значения)	Норма
НПС	
Давление покоя (<i>resting pressure</i>), мм рт. ст.	10–35
Суммарное давление расслабления (<i>IRP4, integrated relaxation pressure</i>), мм рт. ст.	<15
ВПС	
Минимальное остаточное давление (<i>minimum relaxation pressure</i>), мм рт. ст.	2–9
Время раскрытия (<i>median relaxation interval</i>), с	0,35–0,47
Давление покоя (<i>resting pressure</i>), мм рт. ст.	46–81
Грудной отдел пищевода	
Время сокращения проксимального сегмента (<i>DL, distal latency</i>), с	>4,5
Длина переходной зоны (<i>TZ-break</i>), см	2–5
Скорость распространения перистальтической волны (<i>CFV, contractile front velocity</i>), см/с	<9
Интенсивность сокращения дистального сегмента (<i>DCI, distal contractile integral</i>), мм рт. ст.×с×см	<5000



Алгоритм 2. Методы диагностики пищеводной дисфагии

Основной дифференциальный диагноз следует проводить между эзофагоспазмом, эозинофильным эзофагитом, ахалазией кардии, кардиоспазмом, опухолью пищевода, стриктурой пищевода, тяжелой формой ГЭРБ, сдавлением пищевода извне (аневризма аорты, опухоль средостения), системными заболеваниями с поражением пищевода (склеродермия), CREST-синдромом (кальциноз, болезнь Рейно, нарушение перистальтики пищевода, склеродактилия, наличие телеангиоэктазий), кольцом Шацкого.

7. Лечение

7.1. Принципы лечения ротоглоточной дисфагии

Существует несколько методов лечения ротоглоточной дисфагии, поскольку неврологические и нейромышечные расстройства, которые приводят к появлению дисфагии, крайне редко могут быть излечены с помощью лекарственных препаратов или хирургического вмешательства.

ства. Заметными исключениями являются методы лечения при болезни Паркинсона и миастении. Приемы терапии осложнений имеют очень большое значение. В этом отношении выявление риска аспирации – ключевой элемент при выборе метода лечения.

Питание и диета. Изменение диеты с переходом на мягкую пищу и выбор определенной позы при ее приеме оказываются весьма полезными. Питание *per os*, если оно возможно, лучше других видов приема пищи. Внимание должно уделяться контролю пищи и потребностям в питании (риск дегидратации). Добавление в пищу лимонной кислоты улучшает глотательные рефлексы, возможно, за счет улучшения вкуса и стимуляции кислотой. Дополнительное назначение ингибитора ангиотензин-превращающего фактора 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 с ротоглоточной дисфагией перенесших инсульт, уменьшает смертность и улучшает алиментарный статус в сравнении с питанием *per os*.

Хирургические методы лечения направлены на борьбу со спастическими случаями дисфагии. Так, крикофарингеальная 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 помогает.

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

Таблица 7

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
ГЭРБ	
Ингибиторы протонной помпы, антациды, прокинетики	Ингибиторы протонной помпы, H ₂ -блокаторы, обволакивающие, антациды, прокинетики
Склеродермия	
Антирефлюксные препараты, системная лекарственная терапия склеродермии	Отсутствует
Инфекционный эзофагит	
Антибиотики, противовирусные, противогрибковые препараты	Отсутствует
Фарингоэзофагеальный (Ценкерский) 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

7.2. Принципы лечения пищеводной дисфагии

В табл. 7 представлен список методов лечения пищеводной дисфагии.

Список литературы

1. Белевич В.Л., Овчинников Д.В., Бреднев А.О. Эндоскопические способы устранения синдрома дисфагии при стенозирующих заболеваниях пищевода и их осложнений. Новости хирургии 2013; 21(6):24-8.
1. Belevich V.L., Ovchinnikov D.V., Brednev A.O. Endoscopic methods of dysphagia syndrome treatment at stenosing diseases of the esophagus and their complications. *Novosti khirurgii* 2013; 21(6):24-8.
2. Давыдкин В.И. Синдром дисфагии и хирургические заболевания пищевода: Учебное пособие. Саранск, 2012.
2. Davydkin V.I. Dysphagia syndrome and surgical esophageal diseases: manual. Saransk, 2012.
3. Дробязгин Е.А., Чикинев Ю.В., Аникеева О.Ю., Половников Е.С., Кудрявцев А.С., Тевс К.С., Полякевич А.С. Паллиативное лечение пациентов с дисфагией опухолевого генеза. Сибирский науч мед журн 2015; 35(3):46-52.
3. Droblyazgin Ye.A., Chikinev Yu.V., Anikeeva O.Yu., Polovnikov Ye.S., Kudryavtsev A.S., Tevs K.S., Polyakevich A.S. Palliative treatment of dysphagia of neoplastic origin. *Sibirsky nauch med zhurn* 2015; 35(3):46-52.
4. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С. Пищевод Баррета. М., 2011.
4. Ivashkin V.T., Mayev I.V., Trukhmanov A.S. Barret's esophagus. M., 2011.
5. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С. Справочник по инструментальным исследованиям и вмешательствам в гастроэнтерологии. М., 2015.
5. Ivashkin V.T., Mayev I.V., Trukhmanov A.S. Instrumental methods and interventions in gastroenterology Manual. M., 2015.
6. Маев И.В., Бурков С.Г., Юренев Г.Л. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и ассоциированная патология. М., 2014.
6. Mayev I.V., Burkov S.G., Yurenev G.L. Gastroesophageal reflux disease and associated pathology. M., 2014.
7. Сторонова О.А., Трухманов А.С. Методика изучения двигательной функции пищевода: Пособие для последипломного образования / Под ред. В.Т. Ивашкина. М.: Медпрактика-М, 2011.
7. Storonova O.A., Trukhmanov A.S. Technique of esophageal motor function investigation: manual for postgraduate education / ed. V.T. Ivashkin. M.: Medpraktika-M, 2011.
8. Туник Н.В., Фирсова Л.Д., Авдюнина И.А., Шведков В.В., Селивёрстова Е.В. Симптом кома в горле и дисфагия: клинико-инструментальные параллели. Доктор.Ру 2015; 2(2):16-16а.
8. Tunik N.V., Firsova L.D., Avdyunina I.A., Shvedkov V.V., Selivyorstova E.V. Globus pharyngeus and dysphagia: clinical and instrumental correlations. *Doktor.Ru* 2015; 2 (2): 16-16a.
9. Хвастунов Р.А., Ненарокомов А.Ю., Мудрый А.Ю. Выбор способа лечения дисфагии при кардиоэзофагеальном раке. Паллиативная медицина и реабилитация 2012; 3:31-5.
9. Khvastunov R.A., Nenarokomov A.Yu., Mudry A.Yu. The choice of dysphagia treatment method at cardioesophageal cancer. *Palliativnaya meditsina i reabilitatsiya* 2012; 3:31-5.
10. Хруцкая М.С., Панкратова Ю.Ю. Дифференциальная диагностика при синдроме дисфагии. Лечебное дело 2015; 2(42):65-73.
10. Khrutskaya M.S., Pankratova Yu.Yu. Differential diagnostics at dysphagia syndrome. *Lechebnoye delo* 2015; 2(42):65-73.

8. Профилактика дисфагии

Профилактика возникновения и прогрессирования дисфагии основана на своевременном лечении основного заболевания.

11. Abdel Jalil A.A., Katzka D.A., Castell D.O. Approach to the patient with dysphagia. *Am J Med* 2015; 128(10):1138. e17-23
12. Al-Hussaini A., Latif E.H., Singh V. 12-minute consultation: an evidence-based approach to the management of dysphagia. *Clin Otolaryngol* 2013; 38(3):237-43.
13. Ceccomi E., di Piero V. Dysphagia-pathophysiology, diagnosis and treatment. *Front Neurol Neurosci* 2012; 30:86-9.
14. Clavé P., Shaker R. Dysphagia: current reality and scope of the problem. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2015; 12(5):259-70
15. Dai Y., Li C., Xie Y., Liu X., Zhang J., Zhou J., Pan X., Yang S. Interventions for dysphagia in oesophageal cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 30(10): CD005048.
16. Devault K.R. Symptoms of esophageal disease. In.: Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease: Pathophysiology, diagnosis, management / Eds. Mark Feldman, Lawrence S. Friedman, Laurence J. Brandt. 10th ed. 2015.
17. Durvasula V.S., O'Neill A.C., Richter G.T. Oropharyngeal dysphagia in children: Mechanism, source, and management. *Otolaryngol Clin North Am* 2014; 47(5):691-720.
18. Fashner J., Gitu A.C. Common gastrointestinal symptoms: Dysphagia. *FP Essent* 2013; 413:11-5.
19. Khan A., Carmona R., Traube M. Dysphagia in the elderly. *Clin Geriatr Med* 2014; 30(1):43-53.
20. Kuo P., Holloway R.H., Nguyen N.Q. Current and future techniques in the evaluation of dysphagia. *J Gastroenterol Hepatol* 2012; 27(5):873-81.
21. Mezzoff E.A. Focus on diagnosis: Dysphagia. *Pediatr Rev* 2012; 33(11):518-20.
22. Navaneethan U., Eubanks S. Approach to patients with esophageal dysphagia. *Surg Clin North Am* 2015; 95(3):483-9.
23. Pasha S.F., Acosta R.D., Chandrasekhara V., Chathadi K.V., Decker G.A., Early D.S., Evans J.A., Fanelli R.D., Fisher D.A., Foley K.Q., Fonkalsrud L., Hwang J.H., Jue T.L., Khashab M.A., Lightdale J.R., Muthusamy V.R., Sharaf R., Saltzman J.R., Shergill A.K., Cash B. The role of endoscopy in the evaluation and management of dysphagia. *Gastrointest Endosc* 2014; 79(2):191-201.
24. Pilz W., Baijens L.W., Kremer B. Oropharyngeal dysphagia in myotonic dystrophy type 1: A systematic review. *Dysphagia* 2014; 29(3):319-31.
25. Roden D.F., Altman K.W. Causes of dysphagia among different age groups: A systematic review of the literature. *Otolaryngol Clin North Am* 2013; 46(6):965-87.
26. Roman S., Kahrilas P.J. Challenges in the swallowing mechanism: nonobstructive dysphagia in the era of high-resolution manometry and impedance. *Gastroenterol Clin North Am* 2011; 40(4):823-35.
27. Sura L., Madhavan A., Carnaby G., Crary M.A. Dysphagia in the elderly: Management and nutritional considerations. *Clin Interv Aging* 2012; 7:287-98.
28. Tack J., Zaninotto G. Therapeutic options in oesophageal dysphagia. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2015; 12(6):332-41.
29. Tieu B.H., Hunter J.G. Management of cricopharyngeal dysphagia with and without Zenker's diverticulum. *Thorac Surg Clin* 2011; 21(4):511-7.
30. Van Rhijn B.D., Smout A.J., Bredenoord A.J. Eosinophilic oesophagitis: a frequently missed cause of dysphagia. *Ned Tijdschr Geneesk* 2012; 156(23): A4716.
31. Zerbib F., Omari T. Oesophageal dysphagia: manifestations and diagnosis. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2015; 12(6):322-31.