

ДИСФАГІЯ: ВИЯВЛЕННЯ ПРИЧИНИ У ХВОРОГО З ПОРУШЕННЯМ КОВТАННЯ

Dysphagia: Uncovering the Cause When Your Patient Has Trouble Swallowing
Byron J. Bailey
Consultant 1997; (Jan.): 75 – 83

Гастроєзофагальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) та стрес (globus hystericus) є найчастішими причинами дисфагії, проте слід виключити інші потенційні причини, такі як злоякісні новотвори та неврологічні розлади. Найважливішим питанням при збиранні анамнезу є те, чи затруднення при ковтанні виникає тільки під час приймання їжі, чи зберігається між прийомом їжі. При дисфагії, пов'язаній з прийманням їжі, слід підозрювати обструктивний процес, тоді як дисфагія, не пов'язана з прийманням їжі, як звичайно, вказує на globus hystericus чи неврологічні розлади. Слинотеча чи накопичення слини може вказувати на гострий епіглотит, злоякісну пухлину гортаноглотки чи стравоходу або ж на неврологічні розлади. Обстежте хворого і на предмет новотворів на шиї; пухлини щитовидної залози бувають часто достатньо великими, щоб порушувати ковтання. Діагностичні проби можуть включати модифіковане рентгенологічне обстеження з ковтанням сульфату барію для виявлення аспірації; стандартне рентгенологічне обстеження з барієм – для виявлення патологічних змін стравоходу; ендоскопію для виявлення стравохідних, гортаноглоткових чи гортанних змін; стравохідний рН-моніторинг для підтвердження ГЕРХ.

Пацієнт 1. 41-річна жінка стала відчувати “клубок” у горлі. Вона занепокоєна, що в неї може виникнути затруднення при ковтанні таблеток і їжі, проте ніколи ще не відчувала подібних проблем.

Пацієнт 2. 52-річна жінка скаржиться на прогресуюче відчуття дискомфорту в горлі протягом останніх двох років. Вона часто “прочищає” своє горло і помітила певні зміни в голосі.

Пацієнт 3. 60-річний чоловік має труднощі в ковтанні їжі протягом двох місяців, але ковтання слини не порушене. Він викурює дві пачки цигарок на день протягом приблизно 35 років.

Пацієнт 4. 71-річний пенсіонер скаржиться на затруднене ковтання під час та між прийманнями їжі. Він помітив деяку незграбність, погіршення почерку та труднощі при ходьбі.

Навіть така обмежена кількість інформації стає вихідною точкою, яка може привести вас до діагнозу. Пацієнтка 1 має класичні симптоми globus hystericus; додатковий анамнез виявив, що хвора зазнавала значного стресу вдома та на роботі.

Пацієнтка 2 описала окремі симптоми гастроєзофагальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) — поширеного стану, що перебуває під великою увагою протягом останнього десятиліття. У пацієнта 3 треба взяти до уваги можливість злоякісної пухлини гортаноглотки чи стравоходу до тих пір, поки не доведено інший діагноз; ранні діагностика та лікування таких новотворів є ключем до успішного результату. Пацієнт 4 представляє типовий випадок дисфагії неврологічної чи нервово-м'язової етіології.

У цій статті я зосереджу увагу на ключових питаннях, які треба з'ясувати при збиранні анамнезу у хворих з дисфагією; важливих аспектах фізикального обстеження; а також на застосуванні діагностичних тестів, таких як рентгенологічне обстеження, ендоскопія та стравохідного рН-моніторингу. Я також коротко охарактеризую прогноз і лікування окремих станів, які призводять до дисфагії.

Розуміння механізмів ковтання

Нормальне ковтання вимагає главної координованої роботи 26 м'язів, які іннервуються п'ятьма черепномозковими нервами.

Ковтання має три фази:

Ротова фаза. *Ця стадія починається після жування, коли харчова грудка переміщується до рівня глотки. Ця фаза триває менше однієї секунди. Це єдиний компонент ковтання, який перебуває під свідомим контролем кори головного мозку.*

Глоткова фаза. *Ця стадія складається з м'якопіднебінно-глоткового закривання, підняття гортані, захисту дихальних шляхів і перистальтичного руху грудки вниз через глотку, минаючи рівень відкритого персневидно-глоткового м'яза на верхньому кінці стравоходу. Глоткова фаза перебуває під рефлекторним контролем центру ковтання в довгастому мозку і триває менше однієї секунди.*

Стравохідна фаза. *Ця стадія ковтання складається з дії сили тяжіння в поєднанні з координованим і прогресуючим скороченням мускулатури стравоходу для переміщення грудки вниз до шлунково-стравохідного сфінктера. Стравохідна фаза, як звичайно, триває від 8 до 20 секунд.*

Ротова фаза ковтання включає пережовування та змішування їжі зі слиною. Коли грудка ще перебуває в роті, гортань і стравохід перебувають у нормальному розслабленому стані з закритим персневидно-глотковим м'язом (А). Коли грудка переміщується до глотки, то супрагіодна мускулатура (м'язи, розміщені вище під'язикової кістки) підтягує гортань уверх; рух язика назад допомагає проштовхнути грудку в глотку. Коли грудка повністю входить у глотку, підняття гортані призводить до захисту її просвіту надгортанником. (Б). Персневидно-глотковий м'яз рефлекторно розслаблюється, відкриваючи вхід грудці у стравохід. Поки грудка повністю не перейде у стравохід, надгортанник залишається в горизонтальному, а гортань у піднятому положенні. Перехід від глоткової до стравохідної фази ковтання виникає тоді, коли харчова грудка повністю проходить у шийний відділ стравоходу (В). Потім грудка входить у шлунок (Г). (За Schechter GL, 1985).

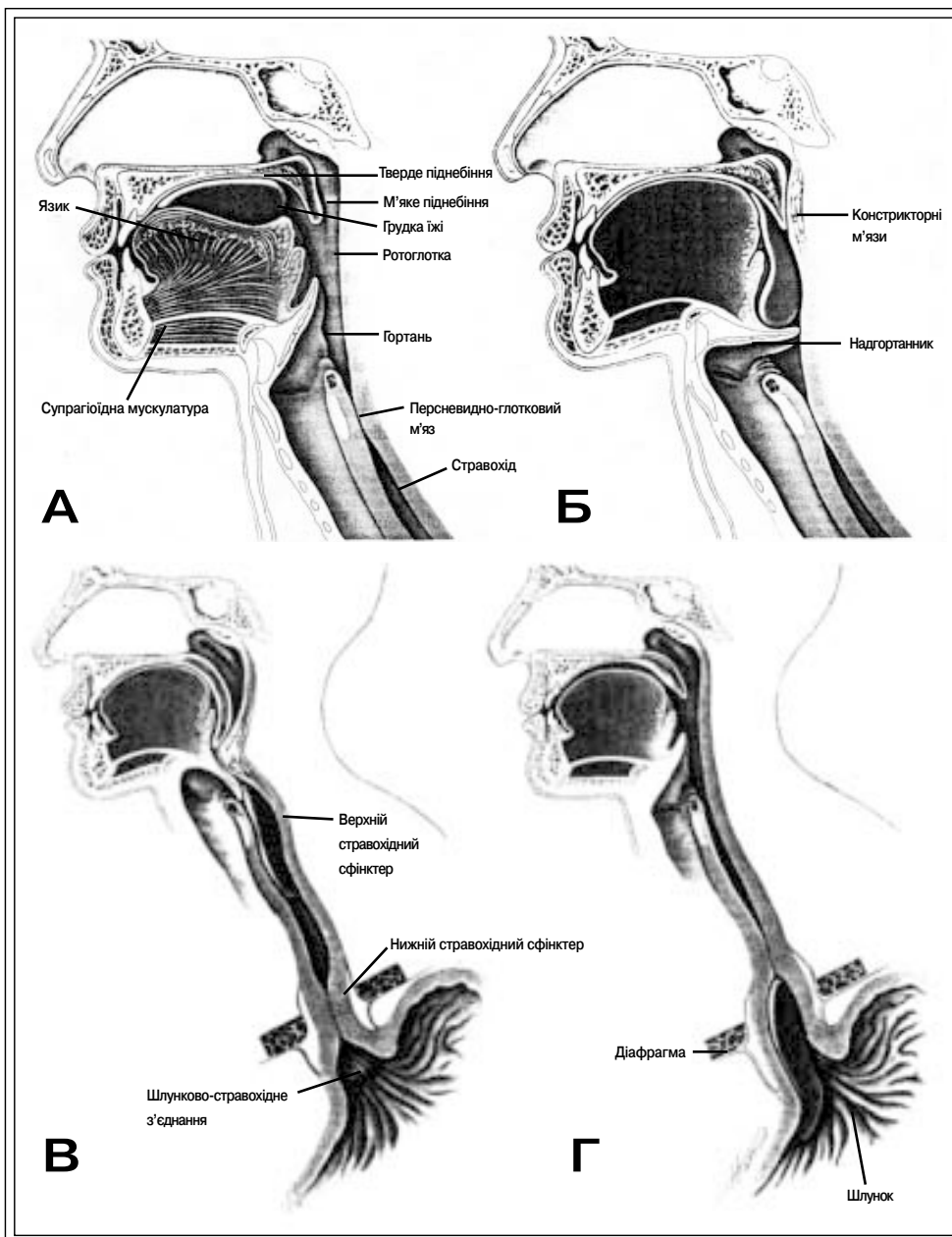
Механізми дисфагії

Дисфагія – будь-яке утруднення ковтання – є поширеною скаргою, яка має багато складних причин. У широкому розумінні, дисфагія включає невиразні симптоми, які можна вважати такими, що стосуються горла і які можуть поєднуватися з незрозумілим кашлем та прочищенням горла.

Підраховано, що від 3% до 5% дорослих мають утруднення ковтання. Частота є вищою серед осіб старшого віку; вона становить 20-30% серед пацієнтів з будинків для старих людей та у госпіталізованих хворих і є ще вищою в тих, кого госпіталізовано в неврологічні чи нейрохірургічні відділення. У Сполучених Штатах приблизно 10000 смертей щороку є наслідком механічної асфіксії.

Дисфагію класифікують відповідно до причини, яка лежить в основі:

◆ Обструктивна (доброякісна чи злоякісна пухлина, шийний остеофіт чи кісткова шпора)



- ◆ Запальна/інфекційна (тонзиліт, фарингіт, епіглотит, езофагіт, ГЕРХ)
- ◆ Психогенна (globus hystericus)
- ◆ Неврологічна (паркінсонізм, бічний аміотрофічний склероз, розсіяний склероз, myastenia gravis)
- ◆ Вроджена (трахео-стравохідна норичя, стискання стравоходу аномальною артерією).

Дисфагію можна також класифікувати відповідно до рівня дисфункції (див. "Механізми ковтання").

Анамнез

Ретельний анамнез наштовхне вас на правильний діагноз у більшості пацієнтів з дисфагією. Найважливішим є з'ясувати, чи утруднення ковтання виникає майже виключно під час їжі, чи воно зберігається між прийманням їжі. Дисфагія, яка не залежить від прийому їжі, як звичайно, вказує на globus hystericus або на неврологічну причину, тоді як при дисфагії, яка пов'язана з прийомом їжі, треба підозрювати обструктивні патологічні зміни. (Таблиця 1).

Таблиця 1.
Ключові аспекти анамнезу в пацієнтів з дисфагією

Знахідка	Можливий діагноз
Дисфагія погіршується при ковтанні твердої їжі	Анатомічна обструкція
Дисфагія погіршується при ковтанні рідкої їжі	Неврологічний розлад
Дисфагія, яка не пов'язана з їжею	Globus hystericus або неврологічна причина
Похудання	Злоякісний процес або неврологічна причина
Захлинання або закашлювання	Аспірація/неврологічна причина
Дисфагія спостерігається постійно	Органічна причина
Поступовий початок	Неврологічний, неопластичний або дегенеративний процес
Раптовий початок	Психогенний або інфекційний/запальний процес
Куріння або зловживання алкоголем	Злоякісний процес
Гарячка чи біль у вусі	Інфекційний процес (якщо початок був гострий)
Стрес удома чи на роботі	Globus hystericus
Носова регургітація	Неврологічна чи нервово-м'язова причина
Кислий присмак у роті та/або пекуче відчуття за грудиною	ГЕРХ
Регургітація неперетравленою їжею	Дивертикул Ценкера
Зміни голосу (хрипота)	ГЕРХ, параліч голосових складок або пухлина гортані
Нудота, втомлюваність, запаморочення, тремор і пітливість	Globus hystericus

ГЕРХ – гастроєзофагальна рефлюксна хвороба

Часто хворі спочатку описують невиразні симптоми, їм важко точно вказати їх локалізацію. Такі визначення, як стискування, повнота (розпирання) чи “клубок у горлі” вимагають від вас шукати більше деталей. До питань, які важливо задати, належать:

◆ Дисфагія посилюється при ковтанні твердої (підозра анатомічної обструкції) чи рідкої (підозра неврологічного розладу) їжі?

◆ Чи є якась їжа чи таблетки, які ви більше не можете ковтати? Неможливість ковтання твердих продуктів прямо вказує на пухлину чи інший обструктивний процес.

◆ Чи не забирає у вас тепер значно більше часу з'їдати ту саму кількість їжі, ніж раніше? Це часто пов'язується з порушеннями ротової фази ковтання.

◆ Чи ви не схудли? При схудненні підозрюють серйозніші причини дисфагії, такі як злоякісний процес чи неврологічні розлади.

◆ Чи поєднується дисфагія із захлинанням або закашлюванням? При цьому підозрюють аспірацію; неврологічні розлади часто починаються з ознак аспірації при ковтанні рідини.

◆ Дисфагія є постійною чи ні? Це допомагає відрізнити органічну від функціональної причини; для органічних порушень характерніші постійні симптоми.

◆ Початок був раптовий чи поступовий? При поступовому початку підозрюють неврологічний, неопластичний чи дегенеративний процес, тоді як при раптовому початку слід підозрювати або психогенний, або інфекційний/запальний процес.

◆ Чи є в анамнезі хворого куріння або зловживання алкоголем? Такі фактори ризику схильють до можливості малігнізації.

◆ Чи була гарячка або біль вуха? Це вказує на інфекційний процес, якщо початок був гострим.

◆ Чи мав хворий стрес удома або на роботі? Globus hystericus є відносно частим проявом стресу, втоми чи тривоги.

◆ Чи є регургітація через ніс? Регургітація рідини в задні відділи носа прямо вказує на неврологічну чи нервово-м'язову причину (регургітація в широкому розумінні – переміщення вмісту порожнистого органа в напрямку, який є протилежним фізіологічному, у цьому випадку – це потрапляння їжі при ковтанні з ротоглотки в порожнину носоглотки та носа – *прим. перекладача*).

◆ Чи має хворий кислий присмак у роті та/або печіння за грудиною? Це може вказувати на ГЕРХ.

◆ Чи є регургітація неперетравленою їжею? Це класичний симптом дивертикула Ценкера.

◆ Чи відзначає хворий які-небудь зміни голосу? Хрипота може вказувати на ГЕРХ, параліч голосових складок або пухлину гортані.

Важливим доповненням у хворих з дисфагією є ретельний соціальний і психіатричний анамнез. За винятком дисфагії в осіб похилого віку, найпоширенішим є невиразний опис хворим утруднення ковтання, яке поєднується з супутніми тривогою, стресом чи депресією. В окремих хворих дисфагія є виразом фобії раку чи СНІДу.

Тривога, стрес та перенапруження є поширеними в сучасному суспільстві. Глотка може бути “мішенню” вторинних симптомів у хворих, які “згоряють у полум'ї роботи” або пережили великий стрес. Важливим в опитуванні є виявлення ключової інформації, наприклад, проблем у сім'ї чи на роботі. Багато пацієнтів описують нещодавні значні втрати, відчуття відчуження від друзів, які були для них важливими, невдачу при виконанні важливого завдання або просто “емоційне перевантаження”. Наявність супутніх симптомів, таких як нудота, втомлюваність, запаморочення, тремор і пітливість, підвищує імовірність globus hystericus.

Однак globus hystericus є діагнозом виключення. Хоча це дуже частий діагноз, усе ж опирайтеся спокусі відразу його встановити, бо можете серйозно помилитись.

Фізикальне обстеження

Оцінка дисфагії повинна включати повне обстеження ротової порожнини, глотки, гортаноглотки та гортані. Почервоніння чи припухлість у цих ділянках вказують або на інфекцію, або на місцеве подразнення, викликане найчастіше курінням, вживанням алкоголю, ГЕРХ чи полосканням рота антисептиками.

При наявності слинотечі або накопичення слини треба підозрювати або обструктивний процес, або неврологічні розлади. (Таблиця 2). Слинотеча або накопи-

Таблиця 2.

Ключові моменти об'єктивного обстеження хворих з дисфагією

Ознака	Можливий діагноз
Почервоніння або припухлість у ротовій порожнині, глотці, гортаноглотці, гортані	Інфекція або місцеве подразнення, викликане найчастіше курінням, вживанням алкоголю, ГЕРХ чи полосканням рота антисептиками
Слинотеча або накопичення слини	Обструктивний процес або неврологічні розлади (часто виникає при гострому епіглотиті та злоякісній пухлині гортаноглотки і стравоходу)
Пухлиновидні утвори шиї	Злоякісний процес
Послаблений блювотний рефлекс або неможливість висунути язик строго по серединній лінії без зміщення вбік	Інсульт або інший неврологічний розлад

ГЕРХ – гастроєзофагальна рефлюксна хвороба

чення слини часто виникають при гострому епіглотиті і злоякісних пухлинах гортаноглотки і стравоходу. Коли пацієнт скаржиться на відчутні зміни голосу, такі як хрипота чи шумне дихання, то для виключення злоякісного процесу необхідно провести огляд гортані.

При наявності пухлиновидних утворів на шиї треба підозрювати злоякісний процес. Ці утвори, імовірно, свідчать про метастатичну карциному з первинного вогнища в ділянці голови та шиї. Пухлини щитовидної залози часто бувають достатньо великими, щоб порушувати ковтання. Обстеження шиї зручно проводити, коли лікар стоїть позаду хворого і систематично пальпує всі ділянки шиї. Пальпацію щитовидної залози найкраще виконувати при ковтанні хворим невеликої кількості води, коли ваші пальці лежать поверх доль щитовидної залози; пропальпуйте долі, коли вони рухаються під час ковтання.

Також визначіть, чи хворий має активний блювотний рефлекс і чи він може висунути язик строго по серединній лінії без зміщення вбік. Це дозволить вам виключити інсульт чи інший неврологічний розлад.

І, насамкінець, обов'язково поясніть хворому, що діагностика дисфагії у кабінеті має певні обмеження. Коли ви підозрюєте серйозну органічну причину, скеруйте хворого на консультацію у відділ гастроентерології чи отоларингології та хірургії голови та шиї. Фіброендоскопія гортаноглотки та гортані є важливим кроком в обстеженні таких хворих.

Коли і як призначати додаткові обстеження

Хоча Schechter підкреслює, що стрес і ГЕРХ є найчастішими причинами дисфагії, проте Ви не повинні спрощувати обстеження хворого. Коли дисфагія зберігається, а об'єктивне обстеження не виявляє причини, то для встановлення остаточного діагнозу майже завжди треба провести динамічне контрастне рентгенологічне обстеження.

Контрастна фарингоезофагографія. Це є стандартний метод обстеження ротової та глоткової фази ковтання. Іноді це обстеження називають модифікованим обстеженням з ковтанням сульфату барію.

Контрастну фарингоезофагографію, як звичайно, виконує радіолог у співпраці з фоніатром. Хворому подають невелику кількість контрастної речовини, змішаної з різними основами (рідкою, тістоподібною, твердою). Ця проба може засвідчити наявність і показати час виникнення аспірації, а також визначити різні розлади орофарингеальної моторики. Однак недоліком є недостатня видимість деталей анатомічних утворів і недостатня оцінка стравохідної фази ковтання.

Стандартне рентгенологічне обстеження з сульфатом барію. Це поширений метод обстеження стравохідної фази ковтання. Для виявлення структурних змін або для визначення гастроезофагального рефлюксу дають велику кількість сульфату барію. Стандартне рентгенологічне обстеження з сульфатом барію має велике значення при підозрі на патологію стравоходу.

Ендоскопія. Дає змогу безпосередньо оглянути та виконати біопсію будь-яких патологічних утворів, які виявляють при рентгенологічному обстеженні. Пряма ларингоскопія та езофагоскопія показані при підозрі на пухлину гортаноглотки, гортані чи стравоходу у хворих з дисфагією, яка пов'язана з прийманням їжі.

Стравохідний рН-моніторинг. Це обстеження може бути дуже корисним для підтвердження діагнозу ГЕРХ. Стравохідний рН-моніторинг проводять, як звичайно, протягом 24 годин, проте він може бути досить точним при 12-годинному обстеженні (протягом 4 годин після їди та наступних 8 годин сну).

Манометрію, вивчення моторики, ультрасонографію та комп'ютерну томографію не використовують для рутинної оцінки дисфагії, проте вони є корисними в певних ситуаціях, наприклад, коли симптоми у хворого прямо вказують на органічну причину, а звичайне обстеження подає непереконливі результати. Це може бути у випадку окремих незвичайних неврологічних причин чи деяких пухлин.

Підхід до оцінки дисфагії змінюється залежно від доступності апаратури для отримання діагностичного зображення й досвідченості лікарів. Оцінка також змінюється на основі особливостей анамнезу хвороби та результатів об'єктивного обстеження. Немає стандартної послідовності лабораторних тестів, рентгенологічних досліджень і ендоскопічних методів. Лікар сам вирішує, який діагностичний шлях є найефективнішим і найдешевшим.

Коли причина незрозуміла

Хоча опис хворим дисфагії іноді невиразний і діагноз спочатку може бути непевним, проте ваша наполегливість, як звичайно, допоможе встановити заключний діагноз. Проте у деяких випадках причина дисфагії залишається незрозумілою.

Найпоширенішою причиною "незрозумілої" дисфагії (тобто дисфагії при відсутності очевидного пояснення) є globus hystericus, другою за частотою є стареча дисфагія. Найбільшою загрозою в осіб похилого віку з важкою дисфагією є можливість аспірації, що призводить до пневмонії; це може бути фатальним. У старших пацієнтів з дисфагією без ознак аспірації (кашель, захлинання, безпричинна температура) зосередьте увагу служби догляду на допомозі їм з психологічною адаптацією, а не вдавайтесь до агресивних методів діагностики.

Є кілька рідкісних синдромів, при яких дисфагія відіграє основну роль:

◆ *синдром Ігла (Eagle)* виникає при подовженні шилоподібного відростка або осифікації шилопід'язикової зв'язки, що призводить до дискомфорту в горлі, відчуття стороннього тіла, дисфагії та/або лицевого болю. Для усунення симптомів іноді необхідне висікання подовженого шилоподібного відростка;

◆ *синдром Пламера-Вінсона* пов'язаний з залізодефіцитною анемією. У таких хворих виявляють бліду шкіру, дисфагію, "лакований" язик, лейкоплакію ротової порожнини та хейлоз (дистрофію червоної кайми губ – прим. *перекладача*). Дисфагія, як звичайно, є вторинною до набутих стравохідних перетинок, однак слід знати про підвищену частоту посткрикоїдної карциноми серед таких пацієнтів;

◆ *зоб Ріделя* є формою тироїдиту, при якій у хворих виявляють неболючу опухлість на шиї, дисфагію і/або хрипкість голосу;

◆ *синдром Валенберга* виникає внаслідок тромбозу задньо-нижньої мозочкової артерії, що призводить до ішемії іпсилатеральної половини стовбура мозку (тобто на боці тромбозу). До синдрому зараховують запаморочення, ністагм, дисфагію, зміну голосу (дисфонію), іпсилатеральну атаксію та втрату больової та температурної чутливості на іпсилатеральній половині лиця;

◆ *дифузний спазм стравоходу*, як звичайно, призводить до дисфагії, яка поєднується з іррадіюючим болем у шию, лопатки, руки та грудну клітку. При дифузному езофагоспазмі у хворого виникають часті і повторні скорочення гладкої мускулатури стравоходу. Контрастна рентгенографія з сульфатом барію виявляє дифузне звуження стравоходу. Лікування складне і полягає в застосуванні антихолінергічних ліків, спазмолітиків, H_2 -блокаторів і транквілізаторів. Ніфедипін (10-20 мг до їди) може полегшити у хворого біль у грудній клітці і зменшити внутрішньостравохідний тиск;

◆ *дерматоміозит і склеродермія* належать до колагенозів, які викликають зміни шкіри і часто поєднуються з дисфагією;

◆ *доброякісні пухлини* можуть уражувати стравохід. Лейоміома є найпоширенішою пухлиною стравоходу;

◆ дисфагія може виникнути внаслідок *стриктур або зовнішньої компресії* стравоходу. Dysphagia lusoria визначають як утруднення ковтання внаслідок зовнішнього стискання стравоходу. Такий стан може бути спричинений подвійною дугою аорти або аномальним відходженням правої підключичної артерії від грудної аорти та проходженням її або спереду, або ззаду стравоходу.

◆ *хворобу Крона* *стравохідної локалізації* слід взяти до уваги у диференціальній діагностиці, коли хворий скаржиться на кишкові розлади протягом тривалого періоду часу, а при контрастуванні з барієм виявляють звуження стравоходу;

◆ *хвороба Шегрена* може викликати безліч симптомів, які пов'язані зі зниженим утворенням слини (хвороба відома під назвою "сухий синдром"). У результаті зменшеного слиноутворення хворі мають велику складність з формуванням харчової грудки, яку можна легко проковтнути;

◆ *цукровий діабет* може призвести до неврологічної дегенерації, що погіршує ковтання;

◆ *багато ліків* викликають гастрит і езофагіт, які можуть проявлятися значною дисфагією. Як причину дисфагії повідомляють про аспірин, антибіотики (наприклад, тетрацикліни, особливо доксициклін і кліндаміцин) та кортикостероїди;

◆ різноманітна неврологічна патологія може проявлятися дисфагією як основним симптомом. Сюди належать *хвороба Паркінсона, бічний аміотрофічний склероз, розсіяний склероз, myasthenia gravis, м'язова дистрофія, церебральний параліч та інсульт.*

Прогноз

Багато причин дисфагії піддаються лікуванню. Серед них є такі, при яких прогноз є найсприятливішим:

- ◆ GERX
- ◆ Інфекційний/запальний процес
- ◆ Крикофарингеальний спазм
- ◆ Дивертикул Ценкера
- ◆ Ахалазія
- ◆ Пухлини (в ранніх стадіях – *прим. перекладача*)
- ◆ Globus hystericus

До станів, при яких можна очікувати спонтанного полегшення, належать дисфагії, вторинні до інсульту, черепно-мозкової травми, поліомієліту та церебрального паралічу.

Несприятливий прогноз і погіршення можна передбачити при паркінсонізмі, бічному аміотрофічному склерозі, розсіяному склерозі, myasthenia gravis, м'язовій дистрофії, дерматомиозиті і склеродермії.

Лікування

GERX. Грижа стравохідного отвору діафрагми та GERX підлягають інтенсивному протирефлюксному лікуванню, яке звичайно включає дієту. Хворий повинен уникати їжі, яка підвищує шлункову кислотність (наприклад, гостра їжа, шоколад, алкоголь), кинути курити та почати виконувати помірні фізичні вправи. Порадьте хворим не їсти чотири години перед сном і підняти головний кінець ліжка для запобігання нічному рефлюксу. Медикаментозне лікування включає застосування антацидів, H₂-блокаторів, таких як циметидин, нізатидин чи ранітидин, інгібіторів "протонної помпи", таких як омепразол чи ланзопразол; а також цизаприд (відновлює моторику шлунка та кишок, запобігає розвитку нічної печії при GERX, за дією подібний до метоклопраміду (церукалу), проте більш специфічний і селективний при GERX – *прим. перекладача*).

Інфекція. Треба лікувати вірусну, грибкову чи бактеріальну інфекцію гортані чи глотки відповідними противірусними, протигрибковими чи антибактеріальними препаратами.

Злоякісний процес. Біопсія та остаточне хірургічне та/або променеве лікування є стандартною лікувальною тактикою при злоякісних пухлинах гортані, грушовидних синусів глотки, посткрикоїдної ділянки та стравоходу.

Ахалазія та стеноз стравоходу. Дилатацію рекомендують для хворих, які мають ахалазію, тобто нервово-м'язовий розлад дистальної частини стравоходу (поєднання відсутності її перистальтики, розширення стравоходу та неспроможності релаксації нижнього стравохідного сфінктера). Для лікування цієї патології можна призначити ніфедипін та ізосорбід. Приблизно 20% хворих на ахалазію стравоходу з часом потребують езофагокардіоміотомії (операції Геллера).

Дилатацію також застосовують для лікування вроджених і набутих стриктур стравоходу. Крикофарингеальну міотомію (хірургічне пересікання волокон м'яза) застосовують у хворих з важкою дисфагією, вторинною до крикофарингеальної ахалазії (неспроможність релаксації персневидно-глоткового м'яза) та у хворих на бульбарний параліч, який призводить до атрофії та фіброзу персневидно-глоткового м'яза (після поліомієліту чи інших бульбарних розладів).

Дивертикул Ценкера. Дивертикул Ценкера утворюється, коли маленький мішечок гортаноглоткової слизівки випинається в превертебральний простір вторинно до хронічної неспроможності розслаблення персневидно-глоткового м'яза. Висікання дивертикула Ценкера здійснюють, коли ця гортаноглоткова

“сумка” викликає важку дисфагію, шумне ковтання або регургітацію непере-
травленої їжі в глотку. Як звичайно, хірургічне втручання є успішним у лікуванні цієї
проблеми.

Пухлини щитовидної залози. Часткову або повну тироїдектомію
виконують у хворих з тривалою та важкою дисфагією внаслідок пухлини щито-
видної залози.

Годування через зонд, шийна езофагостомія (створення сполучення між шкі-
рою та шийним відділом стравоходу для введення харчового зонда) та через-
шкірна операційна гастростомія є паліативним лікуванням для хворих, які мають
важку дисфагію і стан яких не полегшує жоден з методів, наведених вище. Вибір
таких методів лікування є найменш бажаним при лікуванні дисфагії, проте вони й
рідко необхідні.

Globus hystericus. Дисфагія є чудовим прикладом “невидимого лиха”
у пацієнтів з істерією. Іпохондрія вимагає роз’яснювальних бесід, проте іноді є на-
стільки важкою, що потребує скерування хворого до психіатра.

Переклад *Федора Юрочка*

Reprinted with kind permission of «Consultant»