



Практическое руководство OMGE Дисфагия

Январь 2004 года: окончательная версия

Авторы обзора

- J.R. Malagelada
- F. Bazzoli
- A. Elewaut
- M. Fried
- J.H. Krabshuis
- G. Lindferg
- P.Malferteiner
- G. Sharma
- N. Vakil



Содержание

- 1 Определение
- 2 Вступление и главные пункты
- 3 Проявление заболевания и эпидемиология
- 4 Причины дисфагии
- 5 Клиническая диагностика
- 6 Выбор лечения
- 7 Литературные ссылки
- 8 Полезные Вебсайты
- 9 Замечания читателей и обратная связь с ними



1 Определение

Дисфагия рассматривается как затруднение у какого – либо лица в начале глотания (обычно определяется как ротоглоточная дисфагия), либо как ощущение наличия препятствия прохождению пищи или жидкости от рта до желудка (обычно определяется как пищеводная дисфагия).

Дисфагия таким образом является ощущением наличия препятствия нормальному прохождению проглатываемой пищи.



2 Вступление и главные пункты

Глотание является процессом, который регулируется центром глотания, находящимся в продолговатом мозгу, а в средней и дистальной части пищевода мощным автономным перистальтическим рефлексом, который координируется кишечной нервной системой, расположенной в стенке пищевода. Расположенный ниже рисунок показывает физиологические механизмы, вовлеченные в разные фазы глотания.

Фазы этапов глотания	
Поступление пищи в полость рта Жевание и формирование пищевого комка	Ротовая фаза
Язык поднимается и проталкивает комок в глотку Мягкое небо поднимается чтобы закрыть носоглотку Глотка и подъязычная кость двигаются вперед и вверх Надгортанник двигается назад и вниз, чтобы закрыть вход в трахею Дыхание прекращается Глотка сокращается	Рото – глоточная фаза
Верхний пищеводный сфинктер раскрывается Пищевой комок поступает в пищевод Пищевод последовательно сокращается Раскрывается нижний пищеводный сфинктер Пищевой комок поступает в пищевод	Пищеводная фаза

Заключение о локализации дисфагии должно быть сделано на основании жалоб пациента; поражение будет находиться либо в том месте, на которое указывает по своим ощущениям пациент, либо ниже указанной локализации.

Одинаково важно выяснить после принятия какой пищи (твердой, жидкой или той и другой) возникает дисфагия, является она постоянной или перемежающейся. Важным также является определение продолжительности симптомов.

Хотя они часто могут возникнуть вместе, важно исключить одинофагию (болезненное проглатывание). И наконец, основанная на выявлении и анализе симптомов дифференциальная диагностика должна исключить наличие Globus hystericus. (ощущение комка в глотке), сдавления грудной клетки, затрудненного дыхания и фагофобии (боязни глотания).

Главные пункты для рассмотрения в истории болезни:

- Локализация
- Характер пищи и / или жидкости
- Постоянность или прерывистость симптомов
- Длительность возникновения симптомов

Опорные пункты : является дисфагия рото - глоточной или пищеводной ? Такое заключение можно сделать с уверенностью на основании очень тщательного обследования, которое обеспечивает возможность точной оценки типа дисфагии (рото – глоточная дисфагия по сравнению с пищеводной встречается в 80 – 85% случаев).

2.1 Ротоглоточная дисфагия – главные проявления

Ротоглоточная дисфагия может также быть названа ‘ высокой ‘ дисфагией, если она имеет отношение к полости рта или глотке.

Пациенты имеют затруднение в начале глотания и они обычно указывают на шейную область, как на локализацию этого затруднения.

Следующие сопутствующие симптомы :

- Трудности в начале глотания
- Носовая регургитация
- Кашель
- Носовая речь
- Ослабленный кашлевой рефлекс
- Приступ удушья
- Дизартрия или диплопия (могут сопровождать неврологические нарушения, которые вызывают ротоглоточную дисфагию)
- Дурной запах изо рта может иметься у пациентов с содержащим остаточные пищевые массы большим дивертикулумом Ценкера, а также с прогрессирующей ахалазией или длительно существующей обструкцией просвета, приводящей к скоплению разлагающейся пищи.

Точный диагноз может быть установлен после того, как выяснены неврологические нарушения, сопровождающие ротоглоточную дисфагию, это могут быть:

- Гемипарез, возникший вследствие перенесенного 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)
- Выявление специфического уменьшения количества мозговых нервов, участвующих в регуляции глотания, может также способствовать точному определению причины ротоглоточных нарушений при постановке диагноза.

2.2 Пищеводная дисфагия – главные проявления

Пищеводная дисфагия может быть названа ‘ нижней ‘ дисфагией, так как она преимущественно локализуется в дистальном отделе пищевода, хотя и необходимо отметить, что некоторые пациенты с пищеводной дисфагией, такой как ахалазия, могут жаловаться на затруднения глотания в шейном отделе пищевода, что имитирует ротоглоточную дисфагию.

- Дисфагия, которая возникает в равной степени как после принятия твердой, так и жидкой пищи, часто вызывает подозрение на наличие двигательных расстройств пищевода. Такое подозрение усиливается в тех случаях, когда интермиттирующая дисфагия при приеме как твердой так и жидкой пищи сопровождается болями в груди.
- Дисфагия, которая проявляется только при приеме твердой, но никогда жидкой пищи, предполагает возможность механической обструкции со стенозом просвета < 15 мм. В случае прогрессирования заболевания необходимо принять во внимание возможность развития пептической стриктуры или карциномы. При этом следует иметь в виду, что у пациентов с пептической стриктурой имеется длительная изжога, но никогда не бывает потери веса. В противоположность этому, пациенты с раком пищевода – это люди старшего возраста с выраженной потерей веса.

Физическое обследование пациентов с пищеводной дисфагией обычно имеет ограниченную ценность, хотя шейная / супраклавикулярная лимфаденопатия может быть выявлена у пациентов с раком пищевода. Кроме того, у некоторых пациентов со склеродермией и вторичными пептическими стриктурами может иметь место CREST-синдром (кальциноз, болезнь Рейно, нарушение перистальтики пищевода, склеродактилия, наличие телеангиоэктазий).

Запах изо рта может навести на мысль о наличии ахалазии или длительно существующей обструкции с накоплением медленно разлагающихся остатков пищи в просвете пищевода.



3 Тяжесть заболевания и эпидемиология

Дисфагия встречается часто. Так например, случаи дисфагии при оказании срочной медицинской помощи могут достигать высокой цифры в 33%, а анализ данных 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 глобального представления, поскольку количество основных заболеваний, которые могут вызвать дисфагию, значительно разнится между Западной Европой, Северной Америкой, Южной Азией, Ближним Востоком и Африкой. Кроме того, количество заболеваний сильно разнится в зависимости от возраста пациентов. Следует также помнить о том, что спектр нарушений при дисфагии детей отличается от такового в старшем возрасте. Таким образом, только аппроксимация возможна в глобальном масштабе. Обычно дисфагия возникает в любом возрасте, но преобладание увеличивается с возрастом.

У молодых пациентов дисфагия часто сопутствует заболеваниям головы и шеи, так же как и раку горла и полости рта. Частота опухолей различается по странам. Так например, в то время как в США преобладающим видом рака пищевода является аденокарцинома, в Индии и Китае преобладает плоскоклеточный рак. Аналогичным образом коррозионная стриктура пищевода (у индивидуумов, принявших коррозионные агенты с суицидальной целью) и туберкулез также могут быть важными причинами дисфагии в странах, не относящихся к Западному миру.



4 Причины дисфагии

Для того, чтобы установить этиологию дисфагии полезно следовать той классификации, которая предназначена для оценки симптомов, т.е. той классификации, которая позволяет выявить отличия между заболеваниями, наиболее часто поражающими глотку и проксимальный отдел пищевода (ротоглоточная или ‘верхняя’ дисфагия) и заболеваниями, которые чаще всего поражают тело пищевода и пищеводножелудочное соединение (пищеводная или ‘нижняя’ дисфагия). Однако, следует иметь ввиду тот факт, что многие расстройства частично совпадают и они могут быть причиной как ротоглоточной, так и пищеводной дисфагии. Тщательное изучение истории болезни, включающее оценку проводимого лечения, очень важно, поскольку лекарственные препараты могут быть вовлечены в патогенез дисфагии.

4.1 Ротоглоточная дисфагия

У молодых пациентов ротоглоточная дисфагия чаще всего возникает вследствие воспалительных заболеваний мышц, наличия мембран и кольцевидных образований. У людей старшего возраста причиной этого вида дисфагии чаще всего бывают расстройства центральной нервной системы, включая инсульт, болезнь Паркинсона и деменцию. Как правило необходимо провести дифференцировку между механическими проблемами и нарушениями нейромышечной сократимости, как указано ниже.

4.1.1. Механические и обструктивные причины

- Инфекции (в том числе ретроперитонеальные абсцессы)
- Тиреомегалия
- Лимфоденопатия
- Дивертикул Ценкера (при наличии маленького дивертикула причиной может служить дисфункция верхнего пищеводного сфинктера)
- Снижение растяжимости мышц (миозит, фиброз)
- Злокачественное поражение головы и шеи
- Шейные остеофиты (редко)
- Ротоглоточная малигнизация и неоплазмы (редко)

4.1.2. Нейромышечные расстройства

- Заболевания центральной нервной системы, такие как инсульт
- Контрактильные расстройства, такие как крикофарингеальный спазм (дисфункция верхнего пищеводного сфинктера) или миастения беременных, окулофарингеальная мышечная дистрофия и др.

Постинсультная дисфагия выявляется почти в 50% случаев. Тяжесть дисфагии тесно коррелирует с тяжестью инсульта. У 50% пациентов с болезнью Паркинсона проявляется ряд симптомов, согласующихся с ротоглоточной дисфагией и почти у 95% нарушения выявляются при проведении видео – эзофагографии. Клинически выраженная дисфагия может выявиться на ранних стадиях болезни Паркинсона, но гораздо чаще – на поздних.

4.1.3. Другие причины

- Неправильное расположение зубов
- Язвы полости рта
- Ксеростомия

- Длительное применение пенициллина

4.2. Пищеводная дисфагия

Наиболее часто причиной дисфагии являются три типа причин:

- Поражение слизистой, которое приводит к сужению просвета вследствие воспаления, фиброза или роста опухоли
- Болезни средостения, которые приводят к обструкции пищевода путем прямой инвазии или посредством увеличения лимфатических узлов
- Нейромышечные заболевания, поражающие гладкие мышцы пищевода и его иннервацию, нарушающие перистальтику либо работу нижнего пищеводного сфинктера, или то и другое.

Табл I. Наиболее частые причины пищеводной дисфагии

Инородные тела в просвете пищевода (обычно служат причиной острой дисфагии)

Поражение слизистой

- ГЭРБ (пептическая стриктура)
- Пищеводные кольца и ткани (сидеропеническая дисфагия или синдром Пламмера – Винсона)
- Опухоли пищевода
- Поражения пищевода едкими веществами (проглатывание щелока, лекарственный эзофагит , склеротерапия варикоза)
- Радиационные поражения
- Инфекционный эзофагит

Болезни средостения

- Опухоли (в том числе, рак легкого, лимфома)
- Инфекции (в том числе, туберкулез, гистоплазмоз)
- Сердечно - сосудистые заболевания (дилатация предсердия, давление сосуда)

Заболевания , поражающие гладкую мускулатуру и ее иннервацию

- Ахалазия
- Склеродермия
- Другие двигательные нарушения
- Состояние после хирургических операций (после фундопликации, антирефлюксных операций, имплантации механических устройств)



5 Клиническая диагноз

5.1 Введение

Точное обследование, принимающее во внимание все ключевые диагностические элементы очень важно и часто позволяет поставить диагноз с полной определенностью. Очень важно точно определить локализацию того места, в котором пациент ощущает затруднения глотания (ротоглоточная или пищеводная дисфагия).

5.2 Диагностика и лечебные мероприятия при ротоглоточной дисфагии.

Хронометрированный тест с проглатыванием воды является недорогим и потенциально применимым скрининговым тестом, дополняющим данные, полученные при изучении анамнеза и проведении клинического обследования.

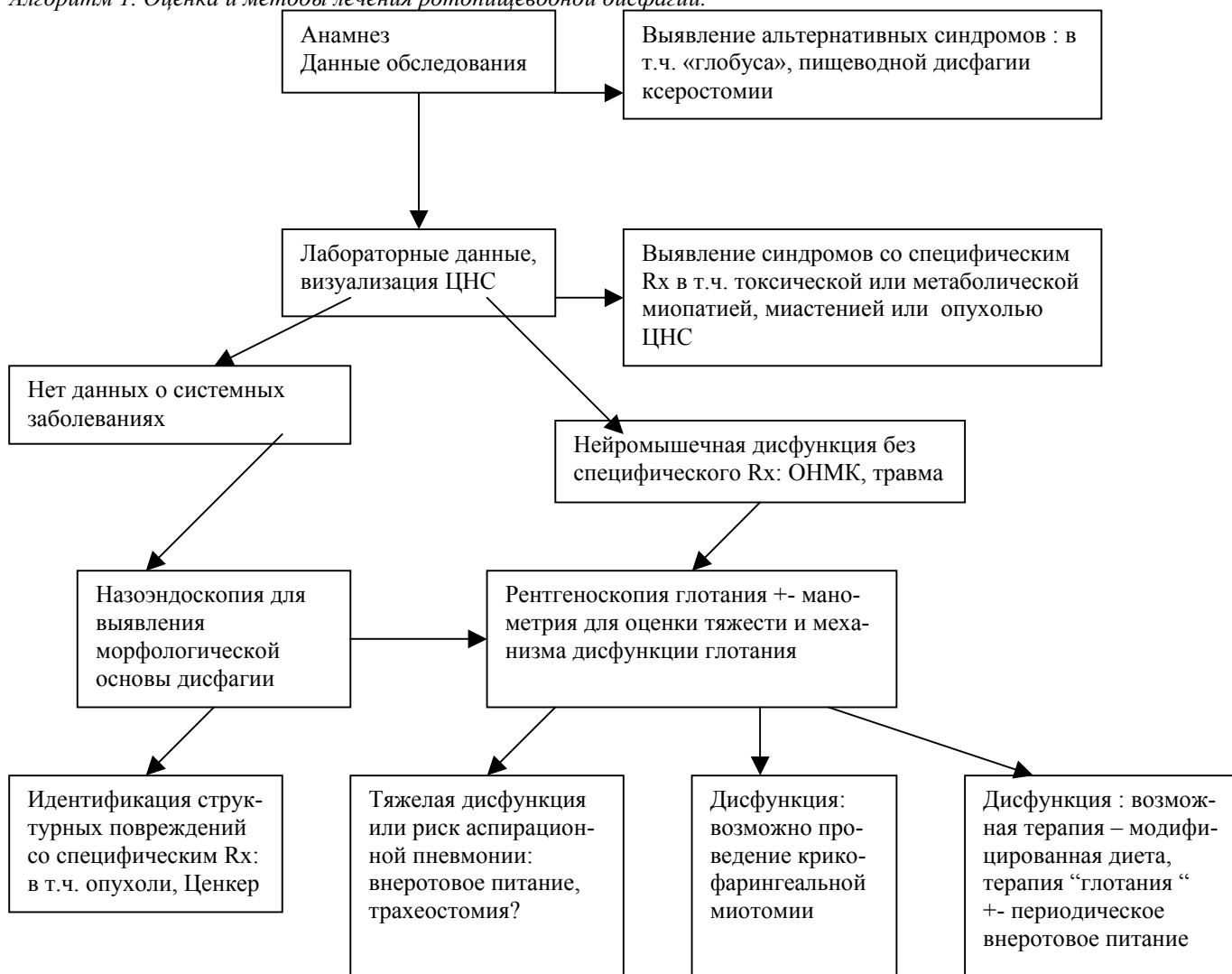
Проведение теста заключается в том, что пациент выпивает 150 мл воды из стакана так быстро, как только может, при этом обследующий регистрирует время и количество глотков. На основе этих данных может быть рассчитана скорость проглатывания и средний объем глотка. Сообщается, что этот тест имеет прогностическую точность для идентификации дисфагии > 95%. Данный тест может быть дополнен «пищевым тестом» с использованием небольшого кусочка пудинга, который помещают на спинку языка (6).

В то время как тест с проглатыванием воды может быть использован для установления диагноза дисфагии, он не пригоден для выявления аспирации в 20 – 40% случаев, когда следует за рентгеноскопией, поскольку кашлевой рефлекс отсутствует.

Более специфичными и надежными тестами для оценки дисфагии должны рассматриваться такие тесты, которые зависят от характеристик пациента и выраженности его/ее жалоб. В этом отношении надо отметить, что рентгеноскопическое исследование процесса проглатывания (известное также как ‘модифицированное рентгенологическое исследование с контрастом’) является золотым стандартом в диагностике ротопищеводной дисфагии, а назоэндоскопия является золотым стандартом для оценки морфологических причин дисфагии (7,8,9). Рентгеноскопическое исследование может быть применено для телетрансляции по Интернету, что облегчает интерпретацию исследования в отдаленных местах (10). Рентгеноскопическое исследование может также помочь в предотвращении риска развития аспирационной пневмонии (11).

Приведенный ниже алгоритм дает указания для проведения более сложных тестов и процедур, необходимых для проведения диагностических исследований, необходимых для выбора специфической терапии.

Алгоритм 1. Оценка и методы лечения ротопищеводной дисфагии.



5.3 Диагностика и методы лечения пищеводной дисфагии

5.3.1. История болезни должна быть рассмотрена прежде всего.

Главная задача в случае пищеводной дисфагии – исключить злокачественный процесс.

История развития заболевания может дать ключи в этом отношении, злокачественность можно предположить, если:

- Продолжительность заболевания короткая (< 4 месяцев)
- Болезнь прогрессирует
- Дисфагия проявляется больше при принятии твердой, а не жидкой пищи
- Имеется потеря веса

В большей степени возможна ахалазия , если :

- Дисфагия имеет место как после принятия твердой, так и жидкой пищи
- Проблема существует много лет
- Отсутствует потеря веса

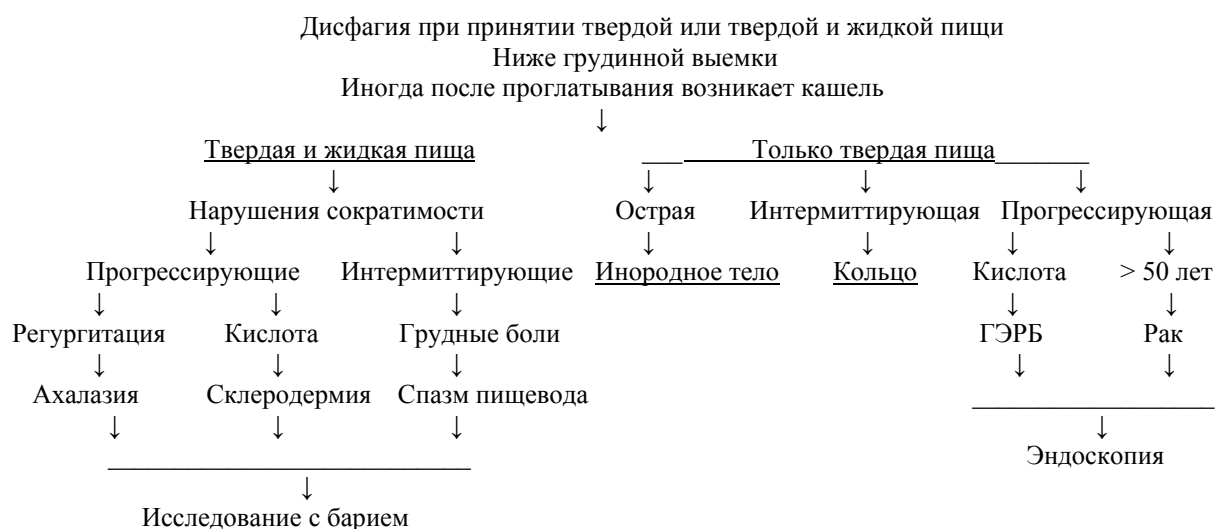
В отношении выбора диагностических тестов имеются некоторые разногласия , которые касаются выбора первоочередного метода обследования – либо эндоскопии, либо глотание бария.

5.3.2. Барий – контрастная эзофагограмма (глотание бария)

Бариевая эзофагограмма - проводится в положении лежа на правом боку – позволяет выявить нерегулярности просвета пищевода и идентифицировать участки обструкции, места поражения тканей и колец. Исследование с помощью бария ротоглотки и пищевода в период проглатывания является наиболее приемлимым начальным тестом; оно может оказаться полезным для выявления ахалазии и диффузного спазма пищевода, хотя эта патология более точно может быть диагностирована с помощью манометрии. Такое исследование может быть проведено с помощью бариевой таблетки, которая позволяет выявить даже незначительные стриктуры. Исследование пищевода при проглатывании таблетки бария может также быть полезным у пациентов с дисфагией в тех случаях, когда результаты эндоскопии оказались негативными.

5.3.3.

Эндоскопия проводится с помощью фиброоптического эндоскопа, проводимого через рот в желудок с детальной визуализацией верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Процесс введения эндоскопа в полость желудка очень важен для исключения псевдоахалазии, связанной с опухолью пищевода - желудочного соединения. Ниже приводится алгоритм принятия решения.



5.3.3. Другие диагностические тесты

- Пищеводная манометрия

Этот диагностический метод менее доступен, чем рентгенологическое исследование с контрастом/исследование с барием и эндоскопия, однако может быть полезным в отдельных случаях. Метод основан на измерении давления в просвете пищевода с использованием твердой или гидравлической измерительной аппаратуры.

Манометрия показана для применения в тех случаях, когда предполагается, что причина дисфагии пищевода не может быть выявлена ни с помощью рентгенологического исследования, ни при проведении эндоскопии, и была проведена адекватная анти – рефлюксная терапия (с излечением эзофагита, что выявляется при проведении эндоскопии).

Тремя главными причинами дисфагии, которые можно выявить с помощью манометрии являются: ахалазия, склеродермия (неэффективная перистальтика пищевода) и спазм пищевода.

- Радионуклидная сцинтиграфия пищевода.

Пациент проглатывает жидкость, содержащую радиоактивную метку (например, воду, смешанную с Технецием⁹⁹ и коллоидной серой) и затем производится измерение радиоактивности пищевода. У пациентов с нарушением сократимости пищевода типичным является замедление выхода радиоактивной метки из пищевода. Эта техника первоначально использовалась в исследовательских целях, но в настоящее время уже начинает использоваться в клинических целях в некоторых специализированных институтах.



6. Выбор лечения

6.1. Ротоглоточная дисфагия

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 хирургической операции. Заметными исключениями являются методы лечения болезни Паркинсона и миастении. Приемы лечения осложнений имеют очень большое значение. В этом отношении выявление риска аспирации является ключевым элементом при выборе метода лечения.

Питание и диета

Изменение диеты с переходом на мягкую пищу и выбор определенной позы при ее приеме оказываются полезными. Ротовое питание лучше других видов получения пищи, если оно возможно. Изменение консистенции пищи до густой жидкости и мягкая пища приведут к значительным изменениям (12). Внимание должно уделяться контролю пищи и потребностям питания (риск дегидратации). Добавление лимонной кислоты в пищу улучшает глотательные рефлексы возможно за счет улучшения вкуса и стимуляции кислотой (13). Дополнительное назначение ингибитора ангиотензин – превращающего фактора для облегчения кашлевого рефлекса может также оказаться полезным (14).

В случае наличия высокого риска аспирации или когда прием пищи через рот не обеспечивает адекватного питания должно быть рассмотрены альтернативные методы пищевой поддержки. Мягкая трубка для введения пищи с достаточным внутренним диаметром может быть проведена вниз под рентгеновским контролем. Питающая гастростома после инсульта уменьшает смертность и улучшает алиментарный статус в сравнении с ротожелудочным способом питания. Чрескожная эндоскопическая гастростомия позволяет провести гастростомическую трубку в желудок через чрескожный вход в брюшную полость под контролем эндоскописта и при возможности ее выполнения является более предпочтительной по сравнению с хирургической гастростомией. Вероятность того, что питающая трубка когда – то может быть удалена очень мала у больных пожилого возраста, страдающих двусторонним инсультом или у которых при первичном рентгеноскопическом исследовании имела место аспирация (15).

Хирургические методы лечения направлены на облегчение спастических случаев дисфагии, так крикофарингеальная миотомия может быть успешной почти в 60% случаев, однако эффективность ее применения остается спорной (16). 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 облегчить нарушенное глотание. Она включает: укрепляющие упражнения, стимуляцию биологической обратной связи, термальную и вкусовую стимуляцию.

6.2. Пищеводная дисфагия

В расположенной ниже таблице 2 представлен список методов лечения пищеводной дисфагии, который может быть принят к рассмотрению.

Табл 2

Состояние	Консервативное лечение	Инвазивное лечение
Диффузный спазм пищевода	Нитраты, блокаторы кальциевых каналов	Серийная дилатация или продольная миотомия
Ахалазия	Мягкая пища, антихолинэргики, блокаторы кальциевых каналов	Дилатация, инъекция токсина ботулизма, миотомия Геллера
Склеродермия	Антирефлюксные препараты, системная лекарственная терапия склеродермии	Отсутствует
ГЭРБ	Антирефлюксные препараты (ингибиторы протонной помпы)	Фундопликация
Инфекционный эзофагит	Антибиотики (нистатин, ацикловир)	Отсутствует
Фарингоэзофагеальный (Ценкерровский) дивертикул	Отсутствует	Эндоскопическое или наружное (традиционное) восстановление после крикофарингеальной миотомии
Кольцо Шацкого	Мягкая пища	Дилатация

6.2.1. Пептическая стриктура

Пептическая стриктура обычна является результатом гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), она может быть вызвана некоторыми лекарственными препаратами.

При дифференциальной диагностике необходимо исключить:

- каустическую стриктуру после проглатывания разъедающего вещества
- стриктуру, вызванную лекарственным препаратом
- постоперационную стриктуру
- грибковую стриктуру

После подтверждающей эндоскопии в качестве метода выбора проводится дилатация, ее методика приводится ниже.

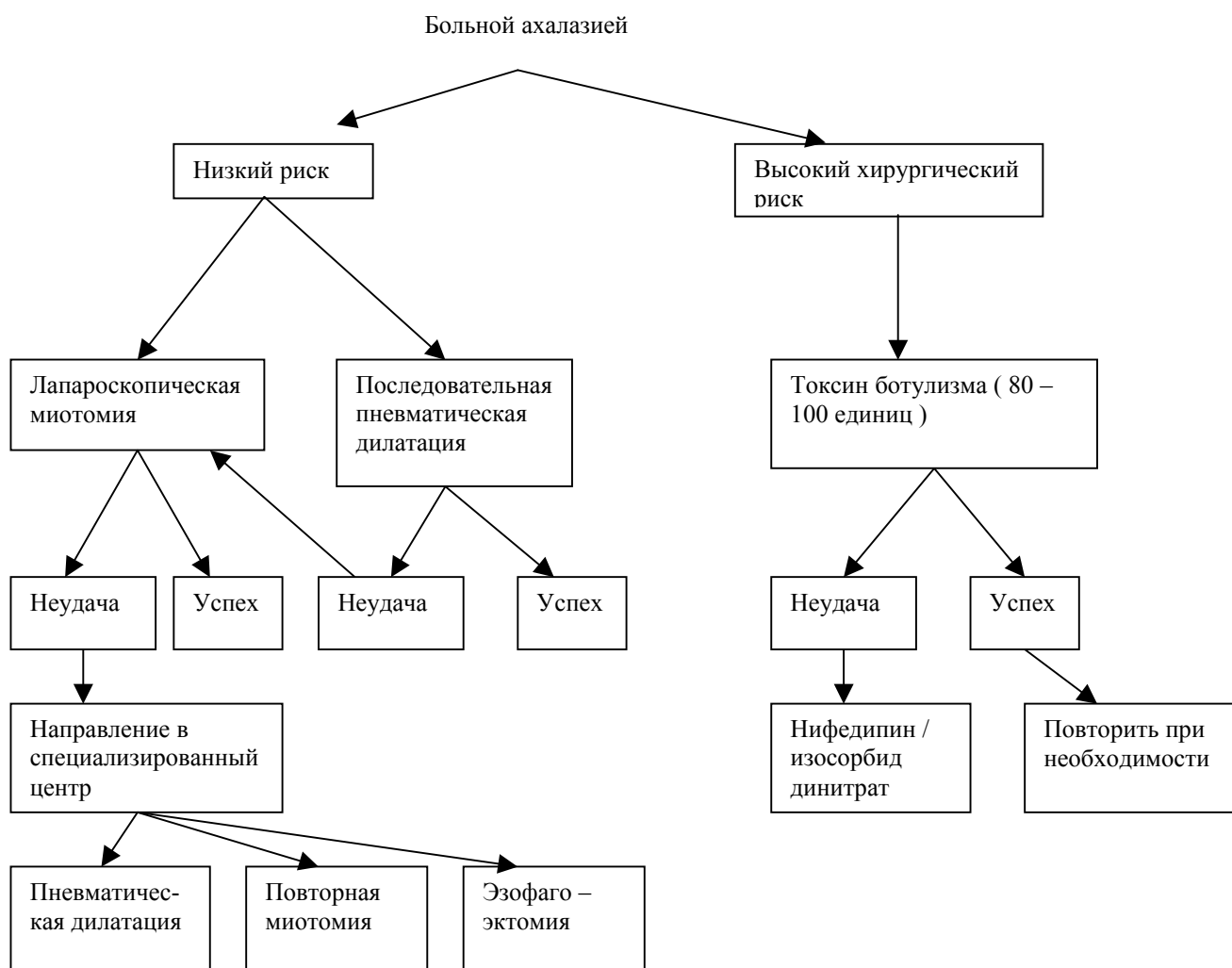
Пищеводные стриктуры должны быть дилатированы в энергичной манере с помощью эластичных бужей Савари или баллонами. Выбор типа дилататора должен основываться на опыте его использования в данном институте и опыте оператора, а также удобстве его применения, поскольку литературные данные не дают возможность выявить преимущество одного типа дилататора над другим.

Если дилатация выполняется с помощью бужей, то диаметр первого бужа должен быть примерно равным выявленному диаметру стриктуры. Увеличение диаметра вводимых бужей осуществляют до того момента, пока сопротивление введению не достигнет величины при первом введении, после чего в течение одной процедуры дополнительно можно ввести еще два последующих бужа. Если же используется баллонный дилататор, то первоначальная дилатация должна быть ограничена диаметром не более 45F. Кажется, что степень начальной дилатации стриктуры не влияет ни на рецидив, ни на необходимость

проведения повторной дилатации, поэтому концепция агрессивной дилатации для предотвращения рецидива находит слабую поддержку. Степень дилатации у каждого пациента должна базироваться на учете реакций пациента на проводимое лечение и на те трудности, которые возникают при проведении дилатации. Опыт показывает, что у большинства пациентов хорошее облегчение дисфагии достигается при диаметре между 40F и 45F. Стриктуры как правило не должны расширяться до диаметра сверх 60F.

Энергичная антирефлюксная терапия с использованием ингибиторов протонной помпы или фундопликации улучшает течение дисфагии и снижает необходимость в последующей дилатации пищевода у больных с пептическими стриктурами пищевода. У пациентов со стойким течением дисфагии или в случаях рецидива заболевания после впервые проведенных дилатации и антирефлюксной терапии, перед повторной дилатацией необходимо эндоскопически подтвердить излечение рефлюкс-эзофагита. В случае получения положительного эффекта лечения необходимость в проведении последующей дилатации решается эмпирически. Тех пациентов, у которых после дилатации наступило только кратковременное облегчение, можно обучить технике самобуживания. При наличии рефрактерных стриктур может быть рассмотрена попытка введения в стриктуры гормонов. В редких случаях при наличии истинных рефрактерных стриктур требуется проведение резекции пищевода и его реконструкции. В исключительных случаях при наличии доброкачественных стриктур может быть рекомендовано эндолуминальное протезирование (17). Риск перфорации составляет около 0.5%. В случаях явной перфорации обычно возникают показания к проведению хирургического лечения.

Ниже приведен алгоритм для выбора метода лечения



Медикаментозная терапия нитратами или блокаторами кальциевых каналов часто неэффективна или плохо переносится. Инъекции токсина ботулизма могут быть применены в качестве начальной терапии у пациентов с низким риском проведения хирургического лечения в тех случаях, когда имеется подозрение на то, что лекарственная терапия или бужирование будут ими плохо переноситься. Инъекции токсина ботулизма являются безопасной процедурой, которая может индуцировать состояние ремиссии по крайней мере в течение 6 месяцев примерно у 2/3 больных ахалазией. Однако, большинство пациентов будет нуждаться в проведении повторных инъекций для поддержания ремиссии и только у 2/3 пациентов с ремиссией в 6 месяцев ремиссия продлится до 1 года, несмотря на повторные инъекции токсина. В тех случаях, когда такого рода лечение оказывается неэффективным, врач и пациент должны решить, насколько преимущества от применения пневматической дилатации или миотомии превосходят их риск у пожилых или ослабленных пациентов. Питающая гастростома является безопасной альтернативой пневматической дилатации и миотомии, но многие неврологически интактные пациенты считают жизнь с гастростомой неприемлемой.



1. Dysphagia - ABC of the upper gastrointestinal tract. William Owen BMJ 2001;323:850-853 [Pubmed-Medline](#)
2. A Technical Review on Treatment of Patients with Dysphagia caused by benign disorders of the distal esophagus Gastroenterology. 1999 Jul; 117(1): 233-54. [Pubmed-Medline](#)
3. Oesophageal motility disorders Joel E Richter The Lancet ; 8 september 2001; 358/9284;823-828. [Pubmed-Medline](#)
4. Current concepts expandable metal stents for the treatment of cancerous obstruction of the gastrointestinal tract Baron Todd H New England Journal of Medicine; 2001 31 May; 344 (22);1681-1687 [Pubmed-Medline](#)
5. Plummer-Vinson syndrome Atmatzidis-K, Papaziogas-B, Pavlidis-T, Mirelis-Ch, Papaziogas-T. Diseases of the Esophagus 2003, 16/2 (154-157) [Pubmed-Medline](#)
6. Dysphagia in patients with nasopharyngeal cancer after radiation therapy: A videofluoroscopic swallowing study. Chang-Y-C, Chen-S-Y, Lui-L-T, Wang-T-G, Wang-T-C, Hsiao-T-Y, Li-Y-W, Lien-I-N. DYSPHAGIA, 2003, Vol/Iss/Pg. 18/2 (135-143). [Pubmed-Medline](#)
7. Morphological findings in dynamic swallowing studies of symptomatic patients. Scharitzer-M, Pokieser-P, Schober-E, Schima-W, Eisenhuber-E, Stadler-A, Memarsadeghi-M, Partik-B, Lechner-G, Ekberg-O. M. Scharitzer European Radiology EUR-RADIOL, 01 MAY 2002, 12/5 1139-1144). [Pubmed-Medline](#)
8. Visualization of swallowing using real-time true FISP MR fluoroscopy. Barkhausen-J, Goyen-M, von-Winterfeld-F, Lauenstein-T, Debatin-J-F European Radiology 01 JAN 2002, 12/1 (129-133). [Pubmed-Medline](#)
9. Early assessments of dysphagia and aspiration risk in acute stroke patients. Ramsey-D-J-C, Smithard-D-G, Kalra-L. Stroke 01 MAY 2003, 34/5 (1252-1257). [Pubmed-Medline](#)

10. Real-time remote telefluoroscopic assessment of patients with dysphagia. Perlman-A-L, Witthawaskul-W. Dysphagia 2002, 17/2 (162-167). [Pubmed-Medline](#)
11. Videofluoroscopic studies of swallowing dysfunction and the relative risk of pneumonia. Pikus-L, Levine-M-S, Yang-Y-X, Rubesin-S-E, Katzka-D-A, Laufer-I, Geffer-W American Journal of Roentgenology 01 JUN 2003, 180/6 (1613-1616). [Pubmed-Medline](#)
12. Tolerance of early diet textures as indicators of recovery from dysphagia after stroke. Wilkinson-T-J, Thomas-K, MacGregor-S, Tillard-G, Wyles-C, Sainsbury-R. Dysphagia , 2002, 17/3 (227-232). [Pubmed-Medline](#)
13. Effect of citric acid and citric acid-sucrose mixtures on swallowing in neurogenic oropharyngeal dysphagia. Pelletier-C-A, Lawless-H-T. Dysphagia 2003, 18/4 (231-241). [Pubmed-Medline](#)
14. Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. Marik-P-E, Kaplan-D. Chest 01 JUL 2003, 124/1 (328-336). [Pubmed-Medline](#)
15. Predictors of Feeding Gastrostomy Tube Removal in Stroke Patients With Dysphagia. Ickenstein-G-W, Kelly-P-J, Furie-K-L, Ambrosi-D, Rallis-N, Goldstein-R, Horick-N, Stein-J. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases 2003, 12/4 (169-174).
16. Quality of life following surgical treatment of oculopharyngeal syndrome. Gervais-M, Dorion-D. Journal of Otolaryngology 2003, 32/1(1-5). [Pubmed-Medline](#)
17. Relapsing cardiac stenosis after laparoscopic Nissen treated by esophageal stenting. Poudroux-P, Verdier-E, Courtial-P, Bapin-C, Deixonne-B, Balmes-J-L. Dysphagia 2003, 18/3 (218-222) [Pubmed-Medline](#)

8 Полезные вебсайты

1. Medical Position Statement on the Management of Oropharyngeal Dysphagia ; Gastroenterology 1999; 116; 452-478 [Link](#)
2. Diagnosis and Management of Achalasia. Practice Guideline. The American Journal of Gastroenterology; 1999; 94/12;3406-3412. [Link](#)
3. ACR Appropriateness Criteria for imaging recommendations for patients with dysphagia - Radiology 2000 June; 215 (suppl) 225-230. [Link](#)
4. Management of patients with stroke; III Identification and management of Dysphagia ; SIGN Guideline No 20 ; pilot edition november 1997; [Link](#)
5. Diagnosis and treatment of swallowing disorders (dysphagia) in acute care stroke patients. (ACHPR-99-E023. Rockville: AHCP, 1999). [Link](#)
6. M. Louay Omran, Dysphagia. [Link](#)
7. Clinical Use of esophageal manometry; AGA Medical Position statement; reviewed 2001. [Link](#)
8. Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration. American Society of Anesthesiologists Anesthesiology 1999 Mar;90(3):896-905. [Link](#)

10. Вопросы, комментарии читателей и связь с ними

Приглашение к комментариям

Комитет по составлению настоящего руководства приветствует получение комментариев и предложений от читателей. Если Вы считаете, что некоторые аспекты проблемы освещены недостаточно, если Вы обладаете хорошим опытом в решении этих проблем, то поделитесь им с авторами руководства. Вместе мы сможем сделать его еще лучше!

