

На правах рукописи

Пичугина Ирина Михайловна

**ЭЗОФАГОСПАЗМ:
КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

14.01.04– внутренние болезни

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Москва, 2016

Работа выполнена в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Московский клинический научно-практический центр» Департамента здравоохранения Москвы.

Научный руководитель:

доктор медицинских наук

Фирсова Людмила Дмитриевна

Официальные оппоненты:

Самсонов Алексей Андреевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

Джулай Галина Семёновна - доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской терапии Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Тверской государственной медицинской академии» Минздрава России

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления Делами Президента РФ

Защита диссертации состоится « » _____ 20__ г. в 14-00 часов на заседании Диссертационного совета Д 001.002.01 при Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научно-исследовательский институт питания» (109240, г. Москва, Устьинский проезд, д.2/14)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБНУ «НИИ питания» и на сайте www.ion.ru

Автореферат разослан « ___ » _____ 2016 г.

Ученый секретарь Диссертационного совета,
доктор биологических наук

Шилина Н.М.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

В научных исследованиях последних лет выделена группа нейромышечных заболеваний пищевода (Ивашкин В.Т., 2000; Гаджиев А.Н., 2001; Черноусов А.Ф., 2001; Трухманов А.С., 2008; Бордин Д.С., 2010; Budzynsky J., 2010; Clarke J.O., 2012 и др.). Самым частым из них является эзофагоспазм - нарушение двигательной функции пищевода, проявляющееся за грудиными болями и дисфагией. Его клинические симптомы могут достигать значительной степени выраженности и сопровождаться ухудшением самочувствия, снижением качества жизни, что предопределило актуальность данного исследования. На долю эзофагоспазма приходится по данным разных авторов от 3 до 16% всех заболеваний пищевода (Гаджиев А.Н., 2001; Felix V.N., 2003; Deng B., 2009; Барановский А.Ю., 2011 и др.).

В современной научной литературе исследователи не пришли к единому мнению по поводу причин развития эзофагоспазма (Ивашкин В.Т., 2000; Черноусов А.Ф., 2000; Вялов С.С., 2011; Лазебник Л.Б., 2011 и др.). Наиболее распространённой точкой зрения является мнение о том, что первичный эзофагоспазм является исключительно функциональным заболеванием, развивающемся на фоне вегетативного дисбаланса в результате хронического эмоционального перенапряжения (Дробижев М.Ю., 2000; Хитров Н.К., 2003; Палий И.Г., 2007; Киргизова Н.С., 2009; Карташова И.Г., 2010).

Отношение к эзофагоспазму, развивающемуся у больных ГЭРБ, двояко: с одной стороны признаётся его этиопатогенетическая связь с гастроэзофагеальным рефлюксом, с другой – не исключается определяющая роль психовегетативных нарушений, аналогичных таковым при первичном эзофагоспазме (Гарганеева Н.П., 2001; Camilleri M., 2001; Вейн А.М., 2003; Botha C., 2012). Первое утверждение имеет большее число сторонников, хотя до настоящего времени связь спазма пищевода с рефлюксом желудочного содержимого нельзя считать окончательно доказанной. Изучение проявлений эзофагоспазма у больных ГЭРБ и обоснованное понимание симптоматики имеют важное практическое значение, так как ГЭРБ является широко распространённым заболеванием (по данным разных авторов от 2,5 до 20,5% населения мира) с неуклонным ростом его частоты (Ивашкин В.Т., 2004; Мухин В.С., 2006; Лазебник Л.Б., 2012 и др.).

Уточнению этих положений может способствовать сравнительный анализ клинических проявлений эзофагоспазма в сочетании с ГЭРБ и первичного эзофагоспазма, а также результатов инструментального и психодиагностического обследования больных данных групп. При этом к необходимым условиям целесообразно отнести следующее:

детально и тщательно собранный анамнез, диагностику ГЭРБ с учетом рекомендаций Монреальского консенсуса (2006), подтверждение наличия спазма пищевода данными манометрии, оценку состояния вегетативной нервной системы и психического статуса с дополнением клинических наблюдений результатами диагностического тестирования, статистическую обработку материала.

В настоящее время во многих странах мира, в том числе в России, обнаруживается тенденция к ухудшению психического здоровья населения. Клинические наблюдения разных авторов (Краснов В.Н., 2001; Ласовская Т.Ю., 2013) свидетельствуют о том, что психогенные невротические расстройства с тревожными и соматовегетативными нарушениями составляют около трети всех заболеваний с временной утратой трудоспособности. Эзофагоспазм является одним из частых проявлений психосоматизации, что объясняет факт сложившейся в последние годы тенденции к возрастанию его частоты, а также изменения клинической картины заболевания в сторону стойкости симптоматики и рефрактерности к терапии.

В клинической практике, несмотря на признание связи симптоматики с повышенным уровнем тревоги, анксиолитическая терапия заболевания разработана недостаточно. Отчасти это объясняется отсутствием алгоритмов диагностики эмоциональных нарушений у больных соматических стационаров, а также недостаточным использованием ресурса психофармакологических препаратов. В целом, несмотря на наличие различных методов лечения эзофагоспазма, результаты современной терапии данного заболевания нельзя признать удовлетворительными.

Таким образом, достаточно большая частота эзофагоспазма в структуре гастроэнтерологических заболеваний, наблюдающийся в практике патоморфоз заболевания, необходимость уточнения особенностей течения и лечения эзофагоспазма при сочетании с таким широко распространенным заболеванием как ГЭРБ, а также недостаток патогенетически обоснованных схем лечения заболевания обуславливает актуальность продолжения научных исследований в выше обозначенных направлениях.

Цель исследования - оптимизировать тактику ведения и лечения больных эзофагоспазмом.

Задачи исследования

1. Сопоставить клинические проявления эзофагоспазма с данными манометрии пищевода.
2. Предложить рациональную схему психодиагностического обследования больных эзофагоспазмом.
3. Провести сравнительный анализ клинических проявлений, результатов инструментального и психодиагностического обследования больных при эзофагоспазме в сочетании с ГЭРБ и первичном эзофагоспазме.
4. Оценить результаты курсового лечения эзофагоспазма анксиолитическим препаратом с вегетотропным действием (тофизопам).

Научная новизна

Впервые проведен сравнительный анализ эзофагоспазма в сочетании с ГЭРБ и первичного эзофагоспазма, описаны различия клинических проявлений заболевания и нарушений моторики по данным манометрии пищевода.

Впервые показано отсутствие различий в частоте и выраженности психовегетативных нарушений при эзофагоспазме в сочетании с ГЭРБ в сравнении с первичным эзофагоспазмом, подтверждающее их определяющую этиопатогенетическую роль в обоих вариантах заболевания.

Впервые показано, что только незначительная часть больных (13,5%) обращается за медицинской помощью в течение первого года от начала заболевания.

Впервые проведена оценка эффективности лечения эзофагоспазма анксиолитическим препаратом с вегетотропным действием (тофизопам в дозе 50 мг * 2 раза в день, продолжительность курса - 2 месяца) не только на основании клинической динамики, но и по результатам повторной манометрии пищевода.

Практическая значимость работы

Показано, что при наличии некоторых отличий по клиническим данным и результатам манометрии пищевода у больных эзофагоспазмом в сочетании с ГЭРБ и при первичном эзофагоспазме, эти отличия не носят принципиального характера. В связи с этим предлагается исключить понятие «вторичный эзофагоспазм на фоне ГЭРБ», заменив его на «эзофагоспазм в сочетании с ГЭРБ».

Показана ведущая роль целенаправленного сбора анамнеза при диагностике тревожных расстройств, а также предпочтительность использования таких словосочетаний как «постоянное внутреннее напряжение», «повышенный уровень беспокойства» вместо психологического термина «тревога».

Предложена рациональная схема психодиагностического обследования больных: в первую очередь – диагностика вегетативных нарушений с помощью Опросника для выявления вегетативных нарушений, затем диагностика тревоги и депрессии (HADS), а в завершении - выявление особенностей нарушений психической адаптации (СМОЛ).

Подтверждена высокая эффективность тофизопама (50 мг два раза в день, курс – 2 мес.) в лечении эзофагоспазма и обоснован приоритет анксиолитической и вегетотропной терапии при эзофагоспазме независимо от наличия или отсутствия ГЭРБ.

Положения, выносимые на защиту

1. Эзофагоспазм в сочетании с ГЭРБ и первичный эзофагоспазм имеют незначительные отличия клинических проявлений и вида спазма пищевода по данным манометрии пищевода (диффузный или сегментарный); нарушения психической адаптации при этих состояниях не имеют достоверных отличий по частоте и степени выраженности.

2. Причиной развития эзофагоспазма является психовегетативная реакция на хронический стресс и при первичном эзофагоспазме, и при его сочетании с ГЭРБ.

3. Целенаправленный сбор жалоб тревожного спектра и применение психодиагностических методик позволяет выявить тревогу и оценить степень её выраженности, что предопределяет направленность терапии.

Внедрение результатов работы в практику

Основные положения диссертационной работы внедрены и используются в работе отделения патологии верхних отделов пищеварительного тракта Московского клинического научно-практического центра и кафедры внутренних болезней Института усовершенствования врачей ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И.Пирогова» Минздрава РФ.

Апробация работы

Диссертация апробирована на совместной конференции отделения патологии верхних отделов пищеварительного тракта, отделения патологии поджелудочной железы и желчевыводящих путей, отдела последипломного образования, лаборатории клинической психологии Московского клинического научно-практического центра 17 июня 2015 г. Результаты исследования доложены на XXXX и XXXXI сессиях ЦНИИГ (2014 и 2015 гг.), Конгрессе «Человек и лекарство» в 2014 г., X международном конгрессе «Психосоматическая медицина – 2015», г. Санкт-Петербург.

Публикации

По теме диссертации опубликовано (всего) 9 работ(4 статьи и 5 тезисов), в том числе 3 статьи в рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки России.

Личный вклад автора.

В процессе работы над диссертацией автором лично проанализирована современная литература по изучаемой проблеме, сформулированы цели и задачи научной работы, разработаны дизайн исследования и первичная карта обследования. Автор лично проводила сбор жалоб и анамнеза, манометрию пищевода и психодиагностическое обследование больных, назначала терапию и оценивала её эффективность после окончания курса лечения. На основании полученных результатов автором проведены анализ и статистическая обработка данных, интерпретация полученного материала, подготовлены публикации по выполненной работе, сформулированы основные положения и выводы диссертационной работы, разработаны практические рекомендации.

Структура и объем диссертации

Диссертационная работа состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, результатов исследования, заключения и выводов. Текст диссертации изложен на 109 страницах, иллюстрирован 8 рисунками и 30 таблицами, содержит ссылки на 90 иностранных и 144 отечественных источников.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

Работа выполнена в ГБУЗ Московский клинический научно-практический центр ДЗ М (директор – доктор медицинских наук, профессор Хатьков Игорь Евгеньевич). С целью решения поставленных задач обследовано 104 больных, находившихся на лечении в отделении патологии верхних отделов пищеварительного тракта МКНЦ (зав. отделением – к.м.н. Янова О.Б.) в 2012-2014 гг. Дизайн исследования одобрен локальным этическим комитетом (Протокол от 19.09.12г.).

Распределение больных по полу и возрасту представлены в табл.1.

Табл.1

Распределение больных эзофагоспазмом по полу и возрасту.

Возраст	от 18 до 75 лет	
Средний возраст	50,5± 13,9	
Пол	М	29
	Ж	75

Критерии включения в исследование: клинические проявления эзофагоспазма в период обследования (боль или ощущение дискомфорта за грудиной и затруднение при прохождении пищи по пищеводу), информированное согласие больного на проведение клинико-инструментальных исследований и подтверждение диагноза данными манометрии

пищевода. Критерии исключения: заболевания, являющиеся противопоказанием к проведению зондовых исследований; недостоверный профиль СМОЛ по оценочным шкалам методики.

Всем больным было проведено обследование, включающее в себя оценку клинико-анамнестических данных, клинический и биохимический анализы крови, анализ мочи, рентгенологическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта, эзофагогастродуоденоскопию, манометрию пищевода, психодиагностическое обследование.

Манометрия пищевода проводилась на аппарате Гастроскан – Д. При трактовке результата выделяли два вида эзофагоспазма: диффузный и сегментарный. Основным признаком диффузного эзофагоспазма считали несогласованную моторику пищевода в виде одновременных сокращений нескольких участков пищевода после более 20% «влажных» глотков, перемежающихся с нормальной перистальтикой; к дополнительным признакам относили повышение длительности дистальных сокращений более 6 секунд и наличие многопиковых сокращений. Основным признаком сегментарного эзофагоспазма считали повышение амплитуды дистальных сокращений пищевода более 180 мм рт ст, дополнительным – повышение длительности дистальных сокращений более 6 сек.

Психодиагностическое обследование включало в себя сбор жалоб и анамнеза, проведение психодиагностического тестирования. Для оценки состояния вегетативной нервной системы применялся Опросник для выявления признаков вегетативных изменений (А.М.Вейн, 1983). Признаком вегетативной дисфункции считали сумму, равную или превышающую 15 баллов, при этом значение от 15 до 30 включительно считали признаком умеренно выраженных, а 31 балл и выше – резко выраженных вегетативных нарушений. Оценка состояния эмоциональной сферы проводилась с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS - Zigmond A.S. и Snaithe R.P., 1983) и Сокращённой методики обследования личности (СМОЛ – Зайцев В.П., 1981).

По результатам проведенного обследования больные были разделены на две группы: 1-я группа (62 больных) - эзофагоспазм в сочетании с ГЭРБ; 2-я группа (42 больных) - эзофагоспазм при отсутствии органической патологии пищевода. Диагноз ГЭРБ ставился согласно рекомендациям Монреальского консенсуса (2006), на основании которых диагноз считался правомочным при наличии как минимум одного из трех критериев: характерных для заболевания клинических симптомов, изменений слизистой оболочки пищевода при эндоскопическом исследовании, данных суточной рН-метрии, подтверждающих рефлюкс содержимого желудка в пищевод.

При лечении больных использовали препараты двух групп:

- Ингибитор протонной помпы в стандартной дозировке (омепразол 20 мг * 2 раза, лансопразол 30 мг * 2 раза, пантопразол 40 мг * 1 раз в день).
- Анксиолитический препарат с вегетотропным действием (тофизопам - атипичное производное бензодиазепина). Препарат назначался в дозе 50 мг * 2 раза в день, длительность курса лечения - 2 месяца.

Лечение больных ГЭРБ проводилось в двух вариантах: монотерапия ИПП или сочетание ИПП и анксиолитического препарата; лечение больных первичным эзофагоспазмом ограничивалось анксиолитическим препаратом.

При выписке больные были предупреждены о том, что результат лечения будет оцениваться через 3 месяца от его начала. Информация о состоянии здоровья в разговоре по телефону в эти сроки была получена у 87 больных. Около четверти из них (23 из 87; 26,4%) самостоятельно отказались от приема препарата сразу же после улучшения самочувствия из-за нежелания продолжать приём психофармакологического препарата. Этот факт ещё раз подтверждает настороженность пациентов по отношению к психофармакотерапии даже при хороших результатах лечения. Пациенты опасались привыкания к препарату, чрезмерного седативного эффекта, возможности синдрома отмены, нежелательности сочетания с приёмом алкоголя. Полный двухмесячный курс лечения прошли 64 из 87 опрошенных больных (73,6%). Из прошедших полный курс лечения (64 больных) 3 больных отказались от проведения контрольной манометрии, отметив при этом полное отсутствие жалоб и сославшись на недостаток свободного времени. Таким образом, анализ результатов лечения проведен у 61 больного, прошедших полный курс лечения и контрольную манометрию через месяц после отмены препарата (в целом через 3 месяца от начала лечения). Среди них присутствовали 38 больных эзофагоспазмом в сочетании с ГЭРБ и 23 больных первичным эзофагоспазмом. Больные ГЭРБ разделены на две подгруппы: у 17 больных лечение ограничивалось приёмом ИПП, 21 больному назначалась комбинированная терапия ИПП с тофизопамом. Исследуемые группы больных были сопоставимы по полу и возрасту, их характеристика представлена в табл.2.

Характеристика групп больных эзофагоспазмом в зависимости от тактики лечения.

		Эзофагоспазм в сочетании с ГЭРБ		Первичный эзофагоспазм
Лечение		Монотерапия ИПП	ИПП+ анксиолитик	Анксиолитик
Средний возраст		49,4±15,2	54,0±11,3	48,9±14,5
Пол	М	4	6	2
	Ж	13	15	21
Всего		17	21	23

Результаты лечения оценивались по следующим параметрам:

- динамика клинической картины эзофагоспазма: полное исчезновение симптомов или улучшение, что расценивалось как положительный результат; отсутствие динамики или ухудшение, что считалось отрицательным результатом.
- динамика моторной функции пищевода на основании результатов повторной манометрии пищевода. Динамика данных манометрии считалась положительной при уменьшении амплитуды и/или длительности сокращений у больных сегментарным эзофагоспазмом; исчезновение или уменьшение доли одномоментных сокращений у больных диффузным эзофагоспазмом; отрицательной - при увеличении длительности и/или амплитуды сокращений у больных сегментарным эзофагоспазмом; увеличением доли одномоментных сокращений у больных диффузным эзофагоспазмом.

Статистическая обработка материала осуществлялась с помощью программы Statistica -10. Частоту встречаемости признаков анализировали на основании критерия Фишера, статистические ряды сравнивали с учётом критерия Стьюдента при условии нормального распределения данных. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.

Самым частым клиническим симптомом эзофагоспазма была боль за грудиной (100% обследованных): у 43,3% пациентов она была единственным проявлением заболевания, более чем в половине случаев (56,7%) присутствовала в сочетании с дисфагией.

Патологические ощущения за грудиной чаще всего локализовались на одном и том же участке (боль - в 74,0%, дисфагия – в 69,5% случаев). Интенсивность болей чаще была незначительной (54,8%), продолжительность чаще всего ограничивалось несколькими минутами (83,7%). Наши клинические наблюдения позволили присоединиться к мнению Гаджиева А.Н. (2001), Felix V.N. (2003), Deng B. (2009), Барановского А.Ю. (2011) о том, что к признакам, отличающим проявления эзофагоспазма от других заболеваний пищевода, относится вариабельность их интенсивности и продолжительности. В то же время полученные данные не подтвердили обязательной связи симптомов с отрицательными

эмоциями: в отношении болей такая связь наблюдалась лишь у 58,7% больных, дисфагии – 59,3%. Более характерной оказалась связь с приемом пищи, которую отметили 86,5% больных.

При дисфагии чаще всего трудности прохождения касались только твёрдой пищи (62,7%; 37 из 59 больных). «Парадоксальная» дисфагия, при которой в большей степени нарушалось прохождение жидкой пищи по сравнению с твёрдой, имела место только у 11,9% больных (7 из 59), что не совпадает с мнением большинства авторов, изучающих эзофагоспазм (Гаджиев А.Н., 2001; Карпов Т.А., 2009; Чернин В.В., 2010 и др.).

Частота проявления клинических симптомов варьировала в широких пределах: от неоднократного появления в течение одного приёма пищи до 1-3 эпизодов в месяц и реже.

Заболевание длилось годами с продолжительными «светлыми» промежутками и эпизодическими ухудшениями, возникающими зачастую по мнению больных без видимой причины. Часть больных достаточно долго не обращалась к врачам. В течение первого года от начала появления жалоб к врачу обратились 13,5% больных. Особенно длительный период отсутствия обследования при наличии клинических проявлений эзофагоспазма отмечался у больных с сопутствующей патологией органов пищеварения. Мотивация для обследования была обусловлена не только появлением патологических ощущений, но и осознаваемым страхом возможности серьезного заболевания (чаще всего – злокачественного образования пищевода или кардиальной патологии).

Несмотря на то, что эзофагоспазм имеет достаточно определенную клиническую картину, необходимо подтверждение диагноза инструментальными методами исследования. Наши наблюдения совпали с мнением Далидович К.К. (2000), согласно которому эндоскопический и рентгенологический методы необходимы для исключения органической патологии пищевода, а в случае ГЭРБ – для уточнения степени выраженности изменений слизистой оболочки пищевода; их значимость для подтверждения диагноза «эзофагоспазм» невысока. Ведущим методом диагностики эзофагоспазма является манометрия пищевода. Это исследование вошло в практику достаточно давно (с 80-х гг. XX столетия), но, к сожалению, до настоящего времени не является доступным на амбулаторном этапе обследования больных. Этим обстоятельством можно объяснить тот факт, что у 88,5% исследуемой группы диагноз эзофагоспазма был поставлен впервые, несмотря на то, что анамнез заболевания у ряда больных был достаточно длительным.

Данные манометрии позволили не только диагностировать спазм, но и уточнить его характер. Частота диффузного и сегментарного спазма пищевода в группе в целом была неодинаковой – несогласованность сокращений по ходу всего пищевода отмечалась реже,

чем локальный дефект перистальтики (38,5% и 61,5% соответственно). При диффузном эзофагоспазме (40 больных) кроме его основного признака (одномоментные сокращения на разных участках пищевода) у ряда больных присутствовали вторичные признаки данного нарушения: у 28 больных – повышение длительности сокращений пищевода более 6 сек, у 21 больного - многопиковость сокращений. Заключение о наличии сегментарного эзофагоспазма (64 больных) базировалось на его дополнительном признаке (повышение длительности дистальных сокращений пищевода больше 6 сек.). Эти изменения были расценены как сегментарный эзофагоспазм, несмотря на отсутствие избыточных сокращений, превышающих уровень 180 мм рт. ст., определяющим фактором явилось наличие во всех случаях клинических признаков заболевания. Полученные данные имеют практическое значение для трактовки результатов манометрии пищевода — сопоставлением клинических проявлений с данными манометрии пищевода доказано, что болевой синдром и дисфагия могут возникать и при значениях, не достигающих уровней, принятых в настоящее время за пограничные показатели. Мы согласны с мнением Трухманова А.С. (2008), что со временем возможен пересмотр значений, принимаемых в настоящее время за норму, при накоплении соответствующих данных на большем числе больных.

Возможность получить объективные параметры спазма (амплитуду и длительность сокращений, особенности перистальтики), предоставляемые манометрией пищевода, позволяет по-новому оценить клиническую картину. Стоит отметить, что в нашем исследовании сегментарный эзофагоспазм достоверно чаще ($p=0,001$) встречался у больных с жалобами на локализацию боли на уровне верхней и нижней трети грудины. Интенсивность у больных с сегментарным эзофагоспазмом достоверно чаще ($p=0,005$) была незначительной. Поскольку диффузный спазм включает в себя одновременное нарушение моторики на нескольких участках пищевода, было логично предположить более интенсивную выраженность болевого синдрома при этом виде спазма по сравнению с менее протяженным сегментарным. Однако сопоставление интенсивности болевого синдрома с манометрическими особенностями спазма достоверных различий по данным показателям не выявило. Это свидетельствует о том, что степень выраженности клинических проявлений в значительной мере зависит от порога восприятия боли и опосредуется эмоциональными реакциями индивидуума на боль. Несмотря на то, что при эзофагоспазме эти положения ранее не анализировались, с этим можно согласиться по аналогии с многочисленными исследованиями, посвященными другим заболеваниям, проявляющимся болевым синдромом (Саблин О.А., 2002; Смулевич А.Б., 2003; Симаненков В.И., 2007 и др.). Проверить это

положение и, главное, выявить особенности психического статуса больных с эзофагоспазмом можно при психодиагностическом обследовании больных.

Клинические наблюдения и приобретенный опыт не только подтвердили известный факт различия сбора анамнеза соматических и психических жалоб (Менделевич В.Д., 2008), но и позволили выявить ряд практически значимых особенностей, которым ранее в литературе не уделялось должного внимания. Больные эзофагоспазмом, согласно нашим наблюдениям, в большинстве случаев были настроены подробно и обстоятельно описывать соматические жалобы (в данном случае боль и дисфагию) и в то же время старались уйти от вопросов относительно возможных эмоциональных нарушений. Кроме того, диагностика особенностей психического статуса затруднена тем, что человек зачастую не может описать, что с ним «не так» и даже при наводящих вопросах не может дифференцировать тревогу, беспокойство, тоску и т.п. Более того (этот факт подтверждается и собственным опытом, и многочисленными исследователями - Александровский Ю.А., 2000; Хитров Н.К., 2003; Чутко Л.С., 2005 и др.), многие больные не только не склонны к обследованию психоэмоциональной сферы, но и возражают против этого с разной степенью категоричности. Мы согласны с мнением Смулевича А.Б. (2003) о том, что формулировка психологического заключения только на основании определения своего состояния самим человеком часто приводит к диагностическим ошибкам.

Трудности усугубляются разнотечием понятия «тревога» в психологическом смысле (базовый, широко распространённый термин) и его обыденном, «житейском» значении. В связи с этим пациенты достаточно редко обозначали изменение своего эмоционального состояния словом «тревога», поэтому при сборе анамнеза рекомендуется задавать вопросы о наличии повышенного беспокойства, постоянного внутреннего напряжения, страха по поводу состояния здоровья, плаксивости, навязчивых мыслей негативного содержания, раздражительности. В нашем исследовании жалобы тревожного спектра активно предъявляли менее половины больных (46,2%), при целенаправленном расспросе этот процент достиг 89,4% (рис.1).

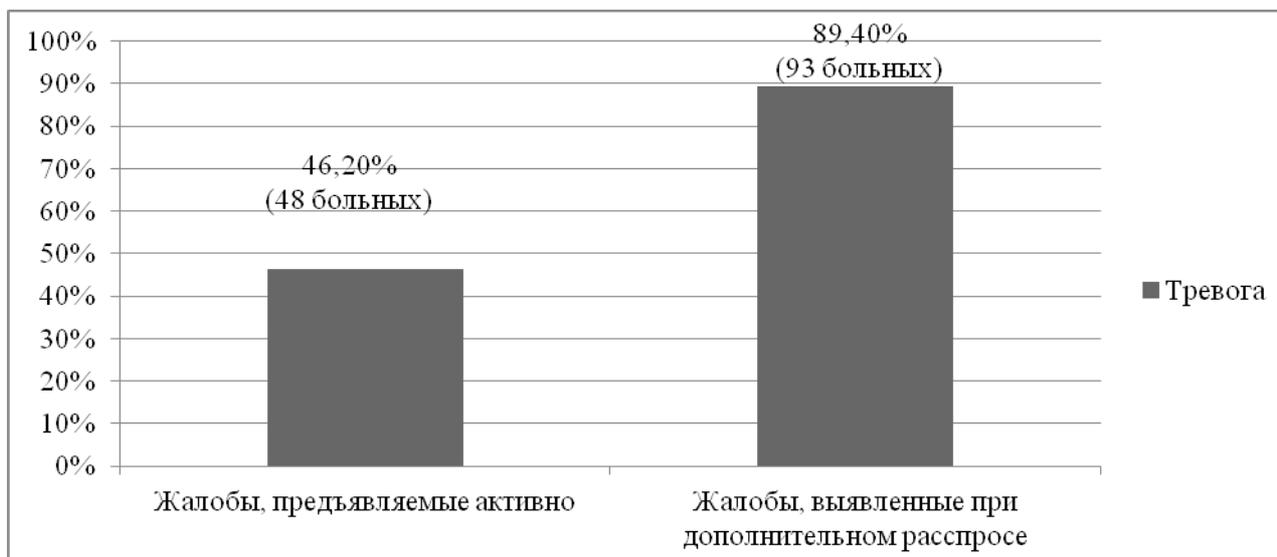


Рис. 1. Частота жалоб тревожного спектра у больных эзофагоспазмом

На первых этапах работы после обсуждения вышеописанных жалоб больным предлагалось заполнение опросника по выявлению тревоги и депрессии, что представлялось логичным продолжением оценки эмоциональных нарушений. Однако клинические наблюдения показали, что некоторые больные воспринимали развитие обследования в данном направлении негативно и старались в ходе беседы вернуться к соматическим жалобам. Ситуация изменилась, когда после анализа данной ситуации было решено изменить порядок психодиагностической работы и начинать обследование с Опросника по выявлению вегетативных нарушений, вопросы которого включали соматические жалобы, возникающие в стрессовых ситуациях (сердцебиение, изменение цвета кожи и т.д.). Клинические наблюдения подтвердили правильность принятого решения. Результат данного опросника измерялся в числовом выражении – при его толковании больному предоставлялась информация о нормальном значении показателя и диагностической значимости его повышения. Затем больному на понятном ему языке объясняли, что вегетативные нарушения являются реакцией организма на длительное эмоциональное перенапряжение (Березин Ф.Б., 2011), степень которого может быть определена дальнейшим тестированием. В таком варианте работы больные охотно проходили следующие этапы психодиагностики, направленные на выявление и оценку степени выраженности тревожно-депрессивных расстройств.

Признаки вегетативных нарушений были выявлены у 76,0% больных, степень их выраженности более чем в половине случаев была умеренной (рис.2). Это ценное

клиническое наблюдение, доказывающее, что эзофагоспазм может быть проявлением не только резко выраженной, но и умеренной вегетативной дисфункции.

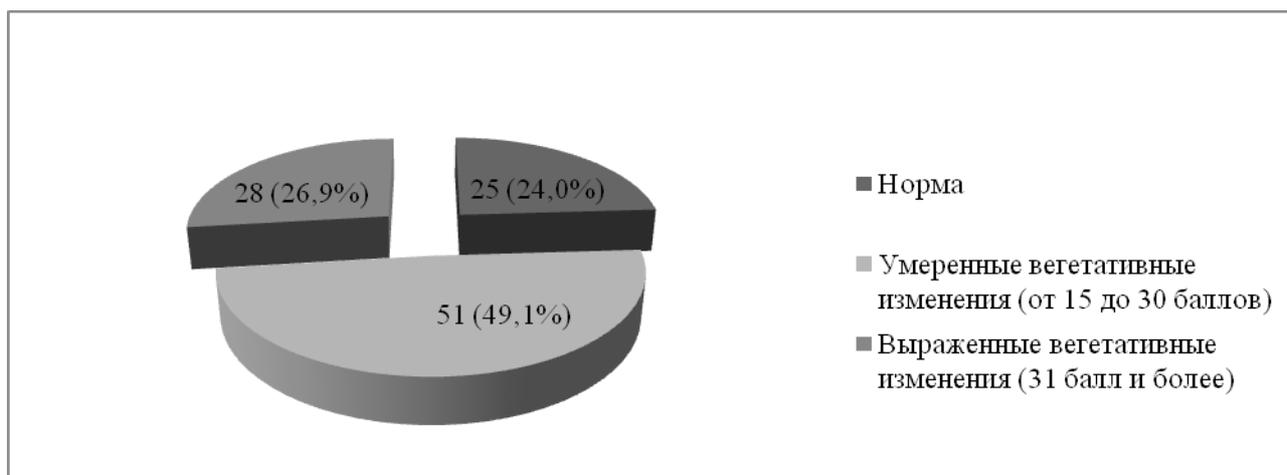


Рис.2. Результаты тестирования больных эзофагоспазмом с помощью Опросника для выявления вегетативных нарушений.

Чаще всего (89,9%) вегетативные нарушения при волнении проявлялись в виде ощущения учащенного сердцебиения или повышенной потливости (63,3%). Особое внимание следует обратить на нарушения сна, которые отмечали почти все больные (92,4%). Клинические наблюдения свидетельствовали о том, что при сборе анамнеза необходимо целенаправленно выявлять наличие расстройств сна, которые в подобных ситуациях могут быть связаны с высоким уровнем тревоги. Следует подчеркнуть, что больные достаточно редко предъявляли нарушение сна в качестве активной жалобы.

По данным HADS эмоциональные нарушения выявлены у 59 из 104 больных (56,7%). Практически значимым являлось определение соотношения числа больных с тревожным и депрессивным компонентами в качестве изолированного нарушения (37,5% и 6,7% соответственно). Преобладание тревожного компонента в сравнении с депрессивным почти в 6 раз позволило отнести соматизацию при эзофагоспазме к тревожным, а не депрессивным расстройствам.

При сопоставлении результатов Опросника для выявления вегетативных изменений и HADS совпадение отклонений от нормы отмечалось всего лишь в половине случаев (55,7%). Этот факт с учётом доказанной этиопатогенетической связи тревоги и вегетативных нарушений (Вейн А.М., 2003) можно объяснить только недостаточной эффективностью методики, имеющей лишь ориентировочное значение. Применение более объективной методики (СМОЛ) повысило процент совпадений частоты вегетативной дисфункции и нарушения психической адаптации до 84,8%.

Сопоставление заключений HADS и СМОЛ свидетельствовало о совпадении их результатов немногим более половины случаев (58,7%; 61 из 104 больных) – 47 совпадений положительных результатов (45,2%), что ещё раз подтвердило клиническое значение HADS как методики, имеющей лишь ориентировочное значение.

Опыт применения СМОЛ, впервые проведенный для диагностики тревожных расстройств у больных с эзофагоспазмом, позволяет считать данную методику высокоэффективной, позволяющей не только диагностировать повышение уровня тревоги, но и особенности «встраивания» её в тот или иной психопатологический синдром (ипохондрический, конверсионный и т.д.), в зависимости от доминирующей психологической защиты.

В зависимости от характера профиля СМОЛ больные были разделены на три группы. У 19 больных (18,3%) данные СМОЛ соответствовали отсутствию нарушений психической адаптации в период обследования. Самую многочисленную группу (73; 70,2%) составили больные, профиль которых превышал 65 Т-баллов, но не достигал 80 Т-баллов или не превышал 65 Т-баллов, но имел выраженные пики по отношению к среднему уровню профиля. Подобный вид профиля свидетельствовал о преходящих и нерезко выраженных невротических и психопатических расстройствах.

Более подробный анализ профилей СМОЛ в этой группе позволил выделить несколько вариантов невротических реакций:

- наиболее характерным (58,9%; 43 из 73) было повышение профиля на 1-й шкале, что свидетельствовало о фиксации на теме здоровья с повышением уровня реагирования по тревожному типу. Дальнейший анализ графика с выявлением второго по высоте подъема профиля показал, что у половины (22 из 43) больных чаще всего таковым являлся «пик» на 3-й шкале. Такой вариант профиля характеризует склонность к демонстрации соматических нарушений с целью привлечения к себе внимания.
- достаточно часто (26,0%; 19 из 73) наиболее значимые подъёмы были отмечены на «тревожных» шкалах (2-й и 7-й): изолированный подъём на 2-й шкале – 3 больных, изолированный пик на 7-й шкале – 7 больных, подъём профиля на обеих «тревожных» шкалах – 9 больных.
- довольно редко определялся изолированный подъём профиля на 6-й шкале (8,2%; 6 из 73). Такая особенность профиля свидетельствовала о присутствии личностных черт (болезненная обидчивость, подозрительность, склонность к преувеличению собственных способностей и объяснению неудач неблагоприятностью окружающих), которые являются фактором, предрасполагающим к проблемам в

межличностном общении и как следствие – длительному эмоциональному перенапряжению.

- особого внимания заслуживали больные (6,8%; 5 из 73) с изолированным пиком на 4-й шкале, что характерно для лиц с длительно существующим неразрешимым конфликтом в ближайшем окружении и тревогой, обусловленной выраженным протестом против сложившейся ситуации.

Полученные данные о личностных особенностях больных в дальнейшем имели значение для проведения индивидуальной психотерапии.

Самой незначительной по количеству (12 больных; 11,5%), но требующей особого внимания оказалась группа с выраженными психопатическими нарушениями, о чём свидетельствовал профиль СМОЛ, превышающий 80 Т-баллов. При первичном обследовании этих больных возникал вопрос о необходимости консультации психиатра.

В исследовании впервые проведен сравнительный анализ эзофагоспазма в сочетании с ГЭРБ и первичного эзофагоспазма в группах больных, сопоставимых по полу и возрасту. При сочетании с ГЭРБ реже встречалась значительная интенсивность болевого синдрома (19,4% и 42,9% соответственно; $p=0,009$) и реже (3,1% и 22,2%; $p=0,030$) так называемая «парадоксальная» дисфагия, под которой подразумевается затруднение при прохождении по пищеводу жидкости при нормальном пассаже твердой пищи. Следует подчеркнуть, что отличительной чертой во всех случаях без исключения являлось непостоянство дисфагии и степени её выраженности. Выявленные отличия не носили принципиального характера.

У больных эзофагоспазмом в сочетании с ГЭРБ диффузный спазм при манометрии пищевода выявлен только у четверти больных (25,8%), более характерным являлось незначительно выраженное нарушение моторики пищевода на его ограниченном участке (74,2%). В группе больных с первичным эзофагоспазмом одномоментные сокращения на нескольких участках пищевода (диффузный спазм) выявлены больше, чем у половины больных (57,1%). Отличия по частоте достоверны ($p=0,001$), что дает основание считать, что моторные нарушения при эзофагоспазме в сочетании с ГЭРБ выражены в меньшей степени, чем при первичном эзофагоспазме.

Обращает на себя внимание ещё один важный момент - отсутствие достоверных различий амплитуды и длительности сокращений в дистальном отделе пищевода у больных с наличием или отсутствием ГЭРБ (при сравнении статистических рядов данных показателей $p=0,231$). Эти данные косвенно свидетельствовали об отсутствии значимого влияния рефлюкса желудочного содержимого на спазм дистального отдела пищевода.

Вегетативные нарушения в двух группах больных выявлялись с одинаковой частотой (76,2% и 75,8% случаев; $p=0,578$), что позволяет считать их важнейшим патогенетическим звеном развития заболевания в обеих клинических ситуациях. Данные результаты отличаются от мнения ряда исследователей (Ивашкина В.Т. (2000), Стороной О.А. (2010), Ciriza De Los Rios С. (2013), Izawa S. (2013)), которые считают, что вегетативная дисфункция выполняет функцию пускового механизма лишь при первичном эзофагоспазме.

Межгрупповые различия по частоте нарушений психической адаптации отсутствовали (85,5% и 76,2%; $p=0,668$). Структура нарушений психической адаптации также не имела существенных отличий.

В клинической практике, несмотря на признание связи симптоматики со стойким повышением уровня тревоги, обычным является симптоматическое лечение эзофагоспазма. Результаты проведенного исследования привели к заключению о необходимости курсового лечения заболевания анксиолитическим препаратом с вегетотропным действием.

В случае сочетания эзофагоспазма и ГЭРБ добавление к терапии ИПП препарата с анксиолитическим и вегетотропным действием значительно повысило эффективность лечения: положительный результат возрос в отношении клинических проявлений эзофагоспазма с 52,9% до 85,8% (различия достоверны при $p=0,031$) – рис.3.; по данным манометрии - с 64,7% до 95,2% (различия достоверны при $p=0,022$) - рис.4.

Статистический анализ сравнения результатов лечения эзофагоспазма в сочетании с ГЭРБ и первичного эзофагоспазма показал отсутствие достоверных различий: положительный результат клинической динамики 85,8% и 82,6% соответственно ($p=0,753$) - рис.3; данных манометрии пищевода 86,2% и 95,7% ($p=0,732$) - рис.4.

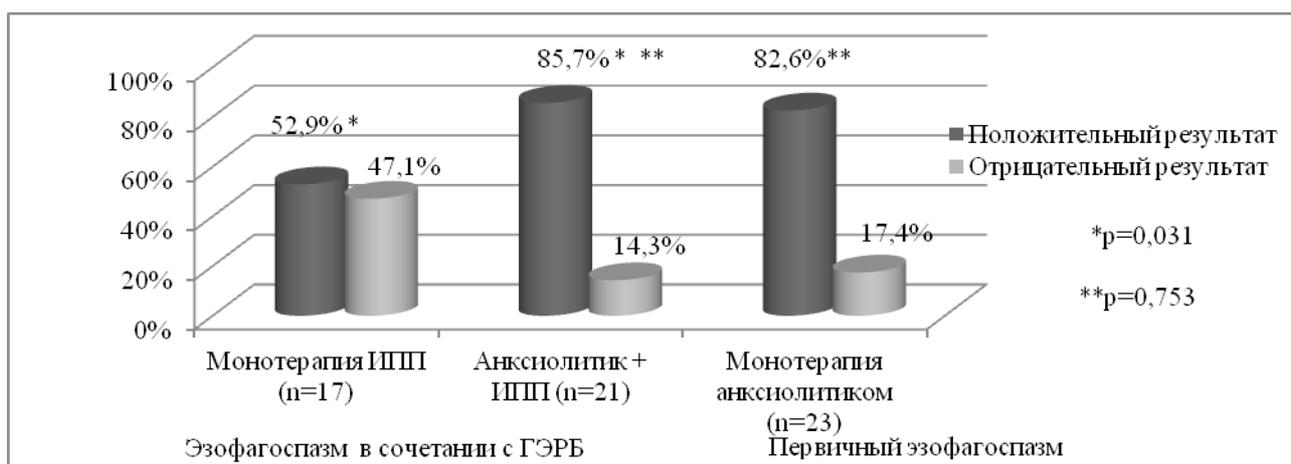


Рис.3 Динамика клинических проявлений эзофагоспазма на фоне лечения.

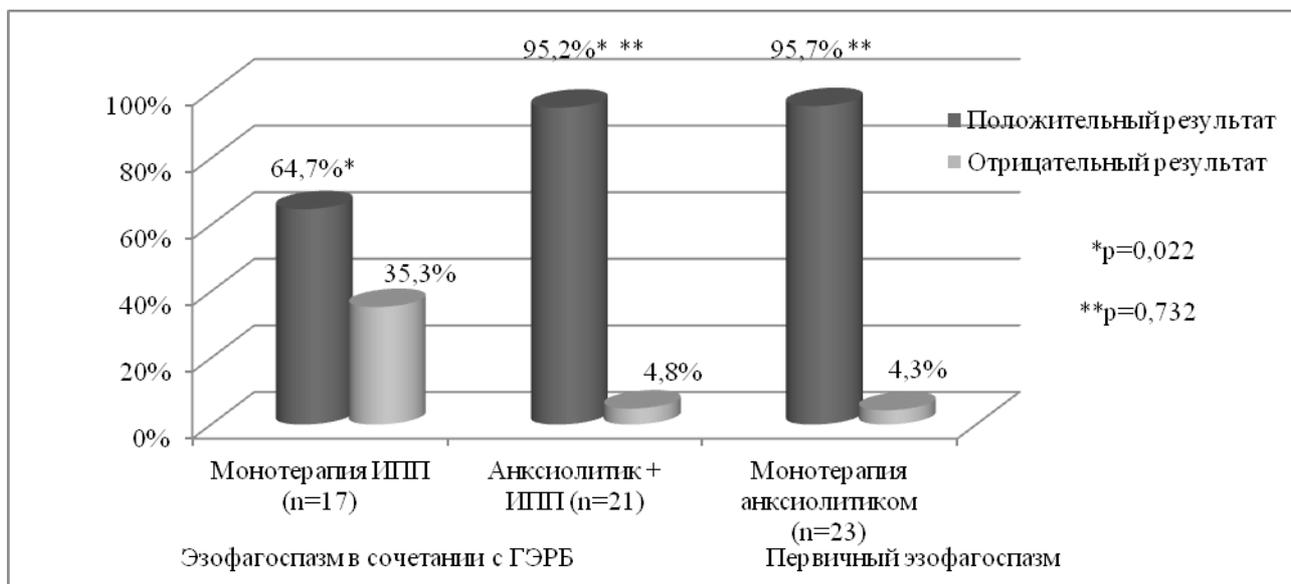


Рис.4. Динамика моторных нарушений у больных эзофагоспазмом на фоне лечения.

Эффективность выбранного направления (курсовая анксиолитическая терапия) наиболее ярко подтверждена у больных с выраженными изменениями профиля СМОЛ, которые трактовались как значительные нарушения психической адаптации (12 больных) – во всех случаях получен положительный результат. Стоит отметить, что все, без исключения, больные этой подгруппы регулярно принимали препараты, провели полноценный двухмесячный курс лечения и прошли контрольную манометрию в назначенный срок.

В ряде случаев при недостаточном эффекте лечения назначались другие анксиолитические препараты, проводилась индивидуальная психотерапия. Клинические наблюдения свидетельствуют о практической значимости продолжения исследования в данном направлении.

ВЫВОДЫ

1. Спазм пищевода проявлялся клинически болью за грудиной (100% обследованных), реже (56,7%) - затруднением прохождения пищи по пищеводу. При манометрии пищевода достоверно чаще фиксировался сегментарный спазм по сравнению с диффузным (38,5% и 61,5% соответственно; $p=0,001$). Степень выраженности болевых ощущений не зависела от характера спазма.
2. Целенаправленный сбор жалоб тревожного спектра и применение психодиагностических методик позволяет не только выявить тревогу, но и оценить степень её выраженности; оценке уровня тревоги с помощью психодиагностических методик должна предшествовать диагностика вегетативных нарушений.

3. При эзофагоспазме в сочетании с ГЭРБ в сравнении с первичным эзофагоспазмом достоверно реже имели место значительная интенсивность болевого синдрома (19,4% и 42,9% соответственно; $p=0,009$) и парадоксальный характер дисфагии (3,1% и 22,2% соответственно; $p=0,030$); при манометрии пищевода чаще выявлялся сегментарный эзофагоспазм (74,2% и 42,9% соответственно; $p=0,001$). Нарушения психической адаптации в обоих случаях были одинаково значимы.
4. Лечение эзофагоспазма анксиолитиком с вегетотропным действием (тофизопам) оказалось одинаково эффективным при лечении первичного эзофагоспазма и его сочетании с ГЭРБ как по клиническим данным (85,7% и 82,6% соответственно; $p=0,753$), так и по результатам повторной манометрии пищевода (95,2% и 95,7% соответственно; $p=0,732$). В группе больных ГЭРБ добавление к лечению тофизопама достоверно улучшало результат в сравнении с монотерапией ИПП (95,2% и 64,7% соответственно; $p=0,022$).

Практические рекомендации

1. При диагностике эзофагоспазма на основании его клинических проявлений следует опираться на такие симптомы как их локализация, связь с приемом пищи, наличие длительных «светлых» промежутков между эпизодами боли и дисфагии. Связь с отрицательными эмоциями не является решающим дифференциально-диагностическим признаком.
2. Эзофагоспазм в сочетании с ГЭРБ диагностируется по тем же критериям, что и первичный эзофагоспазм.
3. Ведущим методом инструментальной диагностики эзофагоспазма является манометрия пищевода. Характер выявленных изменений (диффузный или сегментарный спазм) не влияет на тактику лечения.
4. При сборе анамнеза недостаточно ограничиваться жалобами, характерными для эзофагоспазма – необходимо оценить состояние вегетативной нервной системы и психический статус больного.
5. Психодиагностическое исследование целесообразно начинать с Опросника выявления вегетативных нарушений и только после обсуждения с больным его результатов переходить к диагностике эмоциональных нарушений.
6. Для лечения эзофагоспазма целесообразно назначение препаратов с анксиолитическим и вегетотропным действием. Эффективным является прием тофизопама в суточной дозе 100 мг в течение 2 мес.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

А. В изданиях, рекомендованных ВАК:

1. Пичугина И.М., Фирсова Л.Д. Эзофагоспазм: клиника, диагностика, лечение (обзор литературы)// Клиническая и экспериментальная гастроэнтерология. - 2013.-№5. - С. 67-71.
2. Пичугина И.М., Фирсова Л.Д., Янова О.Б., Костюченко Л.Н., Васнев О.С. Комплексное лечение больной эзофагоспазмом (клинический пример)// Клиническая и экспериментальная гастроэнтерология № 2. - 2013 г.- №2. -С.73-75.
3. Пичугина И.М., Фирсова Л.Д., Янова О.Б., Березина О.И., Бордин Д.С. Клинико-патогенетические особенности эзофагоспазма// Терапевтический архив. - 2015. - Том №87. -№4.- С.36-40

Б. в других изданиях:

1. Пичугина И.М., Фирсова Л.Д. Эзофагоспазм: нужна ли психодиагностика? //РМЖ. -2014. - №15. - С .1130-1132.

В. Материалы конференций.

1. Дисфагия в практике гастроэнтеролога. Клинический пример. XXXX сессия ЦНИИГ «Мультидисциплинарный подход к гастроэнтерологическим проблемам», 2014 г., Москва.
2. Психодиагностика: сравнительный анализ различных методик. Конгресс «Человек и лекарство», 2014 г.
3. Пичугина И.М. Эзофагоспазм. Вопросы дифференциальной диагностики. XXXXI сессия ЦНИИГ «Расширяя границы». 2015 г., Москва.
4. Пичугина И. М. «Первичный и вторичный эзофагоспазм: сопоставление клинических и инструментальных данных» X международный конгресс «Психосоматическая медицина – 2015», г. Санкт-Петербург.

Список сокращений

ГЭРБ –

Гастроэзофагеаль
ная рефлюксная
болезнь

ИПП –

ингибиторы
протонной помпы

СМОЛ –

Сокращённая
методика
обследования
личности

HADS –

Госпитальная
шкала тревоги и
депрессии
(The hospital Anxi
ety and Depression
Scale)

НПС –

**нижний
пищеводный
сфинктер**