

СИНДРОМ БАРШОНЯ-ТЕШЕНДОРФА — ДИФFUЗНЫЙ ПИЩЕВОДНЫЙ СПАЗМ

Больной К., 58 лет, обратился к врачу-гастроэнтерологу с жалобами на периодически возникающую беспричинную дисфагию, которая возникала при приеме пищи и проходила самостоятельно, регургитацию пищи, загрудинные боли, не связанные с приемом пищи. Кардиологическая патология исключена на приеме у врача-кардиолога. В последнее время приступы дисфагии участились, стали более продолжительными. Ухудшение больной связывает с длительной психоэмоциональной перегрузкой (болезнь и смерть сына). Из анамнеза стало известно, что явления дисфагии появились у этого больного после пятидесяти лет. Тогда при рентгенологическом обследовании желудочно-кишечного тракта патологии не выявили. Так как дисфагия проходила самостоятельно, больше больной к медикам не обращался. Врач-гастроэнтеролог рекомендовал больному контрастное рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта. При контрастной рентгеноскопии отмечается замедленное прохождение бариевой взвеси по пищеводу, контуры пищевода четкие, стенки эластичные, прослеживаются продольные складки слизистой.

По контуру пищевода, на всем его протяжении, отмечаются спастические, четкообразные сокращения. В процессе исследования появляются третичные волны. Определяется длительная задержка контраста в наддиафрагмальном сегменте пищевода. После введения атропина сульфат проходимость по пищеводу нормализовалась, контуры выпрямились, четкообразные спазмы не определялись. Со стороны желудка, двенадцатиперстной кишки и начального отдела тонкого кишечника морфологических изменений и функциональных нарушений не выявлено. Больному поставлен

диагноз: диффузный хронический эзофагоспазм - синдром Баршона-Тешендорфа. В условиях терапевтического стационара больному был проведен курс симптоматической терапии. В удовлетворительном состоянии, с соответствующими рекомендациями, больной выписан домой.

Краткая историческая справка

Эзофагоспазм — самостоятельное заболевание, отличающееся от кардиоспазма и ахалазии кардии по этиологии, патогенезу и клинко-рентгенологическим симптомам. Эзофагоспазм (спастическая дискинезия пищевода) — заболевание, характеризующееся эпизодическим нарушением перистальтики пищевода и спастическими сокращениями его стенки. Эзофагоспазм — одна из наиболее частых причин дисфагии.

После того как Н. Plummer и Р. Vinson (1921) описали заболевание с переходящими симптомами дисфагии, часто не связанными с увеличением просвета пищевода и поражением его нижнего отдела, Th. Barsoni (1921), а позже W. Teschendorf (1927) выделили «псевдодивертикулез» и «штопорообразный пищевод» как отдельные формы спастического заболевания пищевода. Н. Moersch и J. Camp (1934) была описана рентгенологическая картина заболевания, характеризующаяся нарушением моторики пищевода. В последующие годы эти изменения в пищеводе получили различные названия: «синдром Баршона-Тешендорфа», «штопорообразный пищевод», «функциональные дивертикулы», «четкообразный пищевод», «пилообразный пищевод», «сегментарный спазм», «интермиттирующая пароксизмальная дисфагия», «поэтажный спазм» и др.

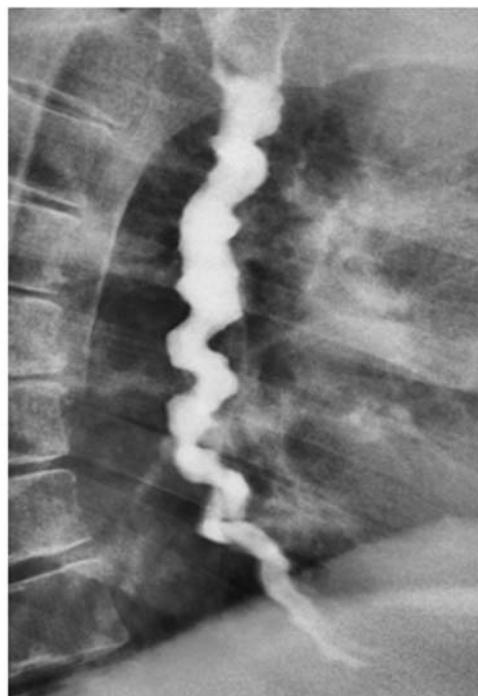


Рисунок. Четкообразный пищевод в прямой и боковой проекциях

Выделяют так называемый первичный эзофагоспазм, развивающийся на фоне психоэмоциональных стрессов, переживаний, длительных волнений (часто бывает у молодых женщин с лабильной нервной системой), у людей старшего возраста (из-за дистрофических изменений межмышечного нервного сплетения пищевода), при резком изменении характера пищи, порядка ее приема и др. причин, и вторичный (рефлекторный) эзофагоспазм, при котором спастические сокращения стенки пищевода возникают рефлекторно, в результате рефлексов со слизистой оболочки пищевода при ее повышенной чувствительности, вследствие патологического процесса (травма, инородное тело, эзофагит, грыжа пищеводного отверстия, язва, рак и т.д.). В медицинской литературе описываются случаи эзофагоспазма при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, холецистите, столбняке и др. Следует помнить, что отдельные спастические сокращения пищевода иногда возникают и у здоровых людей при поспешной еде, проглатывании большого куска непрожеванной пищи (чаще мяса), при употреблении слишком горячей, острой или сухой пищи, некоторых фруктов (терпкие груши и яблоки).

Различают три клинические формы этого заболевания (болевуую, дисфагическую, бессимптомную) и три степени тяжести (легкую, умеренную и выраженную).

При клиническом проявлении заболевания основным симптомом является перемежающаяся дисфагия, выраженная в различной степени и нередко имеющая парадоксальный характер. Спазм может возникать и вне приема пищи. Нередко спазм сопровождается болью, которая иногда превалирует над другими симптомами и расценивается как проявление стенокардии. Эти ощущения через несколько секунд исчезают самостоятельно или после приема глотка теплой жидкости (вода, чай и т.д.). В ряде случаев они появляются очень часто (несколько раз во время приема пищи), в других случаях — 1-3 раза в месяц.

Во многих случаях клиническая и рентгенологическая картина эзофагоспазма достаточно характерна. В менее типичных случаях проводят дифференциальную диагностику с заболеваниями, проявляющимися дисфагией: ахалазией кардии, раком или доброкачественными стриктурами пищевода и др.

Для дифференциальной диагностики загрудинных болей при эзофагоспазме от болей при ишемической болезни А.Л. Гребнев (1969) и В.Х. Василенко (1971) рекомендуют применять функционально-диагностические тесты: перфузию в пищевод 0,1N раствора соляной кислоты, прием «кислой бариевой взвеси» и др., так как проба с нитроглицерином приводит как к расслаблению гладкой мускулатуры сосудов сердца, так и к расслаблению мышечной стенки пищевода, поэтому не может служить дифференциально-диагностическим тестом.

Диагноз диффузного эзофагоспазма ставится только при отсутствии гастроэзофагеального рефлюкса, так как гастроэзофагеальный рефлюкс может приводить к сходному типу сокращений стенки пищевода.

Самым частым и наиболее характерным рентгенологическим признаком заболевания является

временная деформация пищевода, возникновение которой зависит, в основном, от степени выраженности спастических сокращений пищевода.

Почти постоянным признаком является кратковременное нарушение проходимости пищевода.

При рентгенологическом исследовании наблюдаются внезапно появляющиеся множественные сегментарные перетяжки в области средней и нижней трети пищевода. Подобные спастические сокращения появляются после каждого глотка и, соответственно, после каждой перистальтической волны. Сокращения чередуются с дивертикулородными расширениями стенок пищевода. Вследствие этих спастических сокращений пищевод на несколько мгновений приобретает четкообразный вид. Спастически сократившийся участок может быть сужен, контуры его ровные и четкие, стенки эластичные, отчетливо прослеживаются продольные складки слизистой оболочки. Выше просвет пищевода обычный либо несколько расширен и переходит в суженный в виде воронки. Спазм длится несколько секунд, исчезает, а затем вновь появляется. Вследствие нарушения перистальтики пищевода принятый контраст временно задерживается в определенном его сегменте и может совершать возвратно-поступательные движения вверх и вниз. Чаще при спазме выявляют сочетание этих симптомов.

Первичный эзофагоспазм без лечения иногда прогрессирует, приступы дисфагии возникают чаще. Но бывают случаи, что заболевание первичного характера протекает с периодическим ухудшением и улучшением, может продолжаться 10-15 лет, при сохранении трудоспособности больного и может самостоятельно исчезнуть.

Лечение

При первичном эзофагоспазме большое значение имеет регулярное (4-6 раз в день) питание. Показаны препараты атропина сульфат, папаверина гидрохлорид или но-шпа, церукал и т.д. В легких случаях их назначают в каплях или порошках, таблетках внутрь за 30 мин до еды. Если дисфагия сохраняется, рекомендуются внутримышечные инъекции. Одновременно назначают седативные препараты, гипнотерапию.

При вторичном эзофагоспазме проводится лечение основного заболевания.

При первичном эзофагоспазме прогноз при настойчивом лечении (иногда требуется 2-3 повторных курса, санаторно-курортное лечение) более чем в 90% случаев хороший. При вторичном эзофагоспазме прогноз зависит от возможности излечения основного заболевания пищевода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонович В.Б. Рентгенодиагностика заболеваний пищевода, желудка, кишечника. — М.: Медицина, 1987.
2. Василенко В.Х., Гребнев А.Л. Болезни пищевода. — М.: Медицина, 1971.
3. Кишковский А.Н. Дифференциальная рентгенодиагностика в гастроэнтерологии. — М.: Медицина, 1984.
4. Яковец В.В. Рентгенодиагностика заболеваний органов головы, шеи и груди. — Санкт-Петербург: Гиппократ, 2002.
5. Юбилейная книга NICER 1995 года. «Общее руководство по радиологии» в II томах.

М.И. Делог, г. Тячев