

Диспепсія

Диспепсія означає появу надокучливого епігастрального болю, що виникає впродовж ≥ 1 -го місяця. Біль можуть супроводжувати: відчуття переповнення шлунка після прийому їжі (неприємне відчуття затримки їжі у шлунку), відчуття раннього насичення (непропорційне до кількості спожитої їжі, яке не дозволяє закінчити прийом їжі), нудота, блювання. Термін диспепсія не включає в себе **печію** (печіння у загрудинній ділянці), хоча печія часто співіснує з диспепсією.

Патомеханізм та причини

1. Недіагностована диспепсія: діагностують у пацієнтів, які звертаються з приводу диспептичних проявів, що виникли нещодавно або не були діагностовані раніше (може включати органічні причини).

2. Вторинна (органічна диспепсія): визначеної органічної, системної або метаболічної етіології, яка повністю або частково минає після вилікування основного захворювання — *H. Pylori* — асоційований гастрит, медикаментозне пошкодження слизової оболонки шлунка, дванадцятипалої кишки або стравоходу (АСК та інші НПЗП, деякі антибіотики для перорального застосування [в основному доксициклін, еритроміцин, ампіцилін], наперстянка, теофілін, солі заліза або калію, блокатори кальцієвих каналів, нітрати, ГК, бісфосфонати), виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, захворювання жовчовивідних шляхів, гепатит, панкреатит або несправжні кісти підшлункової залози, злоякісні пухлини (шлунка, підшлункової залози, товстого кишківника), кишкова ішемія, аневризма черевної аорти.

3. Функціональна диспепсія: діагноз ставиться, якщо ≥ 3 -х міс. (з дебютом симптомів ≥ 6 -ти міс. тому) спостерігається ≥ 1 із симптомів, перерахованих у визначенні $\rightarrow$ вище (водночас симптом повинен мати значущий вплив на звичайну активність) та не виявлено органічної хвороби (також при ендоскопічному дослідженні верхнього відділу ШКТ), яка б пояснювала наявність симптоматики. Симптоми не минають після дефекації та не асоціюються зі зміною частоти випорожнень чи вигляду калу (ознаки синдрому подразненого кишківника). У Римському консенсусі IV розрізняють 2 категорії функціональної диспепсії: постпрандіальний дистрес-синдром і синдром епігастрального болю.

Діагностика

1. Об'єктивне і суб'єктивне обстеження: необхідно визначити: як довго тривають симптоми; чи пов'язані вони з типом їжі та часом її вживання; чи наявний метеоризм (може вказувати на синдром подразненого кишківника) або печія та відрижка кислим (вказує на ГЕРХ); чи є нормальними ритм випорожнень і консистенція калу (наявність відхилень, а також припинення болю після випорожнення вказують на синдром подразненого кишківника); які

ЛЗ вживає хворий (виключте ЛЗ, що викликають диспепсію, особливо НПЗП); чи наявні **симптоми «червоних прапорців»** (зниження маси тіла без наміру схуднути, біль у животі, що порушує сон, жовтяниця, шлунково-кишкова кровотеча, гіпохромна анемія, дисфагія, рецидивуюче блювання, пухлина в епігастрії).

2. Допоміжні дослідження: з метою виявлення/виключення органічної причини: дослідження з метою виявлення інфікування *H. pylori*, загальний аналіз крові; УЗД черевної порожнини (виконайте за наявності симптомів «червоних прапорців»); ендоскопія верхнього відділу ШКТ (основний діагностичний метод при диспепсії; необхідно провести негайно, якщо диспепсія супроводжується ≥ 1 -м симптомом «червоних прапорців», а за наявності диспепсії у пацієнтів вікомі ≥ 45 -ти р. — у кожному випадку).

Лікування

1. Проводьте лікування основного захворювання, припиніть вживання (якщо можливо) ЛЗ, що викликають диспепсію. У разі співіснування печії та диспептичних симптомів, слід поставити попередній діагноз ГЕРХ та розпочати емпіричне лікування інгібітором протонної помпи (ППІ; ЛЗ та дозування → розд. 4.7). Якщо диспептичні симптоми зберігаються, незважаючи на відповідне лікування, ГЕРХ є малоймовірною причиною скарг.

2. У разі позитивного результату дослідження на наявність інфікування *H. Pylori* застосуйте ерадикаційне лікування → розд. 4.7. Якщо результат негативний або немає покращення після ерадикаційної терапії → застосуйте ППІ або H_2 -блокатор (як альтернатива — антациди), а в разі постпрандіального дистрес-синдрому — прокінетики (ітоприд 25–50 мг 3 × на день перед їжею; можна спробувати проводити терапію амітриптиліном 10–25 мг перед сном впродовж 8–12 тиж. (у разі позитивного ефекту продовжити лікування впродовж ≈ 6 міс.). Рекомендуйте відмову від паління, уникання вживання їжі чи напоїв, які викликають або посилюють симптоми, а також часте вживання малих порцій їжі. Корисною може бути психотерапія.

Дисфагія

Дисфагія

Класифікація та зовнішні ресурси

<u>МКХ-10</u>	<u>R13</u>
<u>DiseasesDB</u>	<u>17942</u>
<u>MedlinePlus</u>	<u>003115</u>
<u>eMedicine</u>	<u>pmr/194</u>
<u>MeSH</u>	<u>D003680</u>

Дисфагія (від поєднання грец. δυσ — «погане або невпорядковане» та грец. φαγεῖν — «їсти, ковтати») — розлад акту ковтання, а також транспортування твердої і / або рідкої їжі від ротової порожнини до шлунку. Проявляється проблемами ковтання (англ. *difficulty in swallowing*): ускладненням або його неможливістю, болем у момент ковтання, потраплянням їжі або рідини в ніс, гортань, трахею. Дисфагія може бути механічною (периферично-органічною) та руховою (нейрогенною). Дисфагія є симптомом, може бути однією з ознак раку стравоходу.

- 1Ознаки
- 2Фізіологія акту ковтання
 - 2.1Фази акту ковтання
 - 2.2Акт ковтання у дітей
 - 2.3Пресбифагія
 - 2.4Аспірація
- 3Причини дисфагії
- 4Вікові особливості
 - 4.1Дисфагія в дитячому віці
 - 4.2Дисфагія в похилому віці
- 5Діагностика
- 6Лікування
- 7Джерела

Ознаки

Ознаки нейрогенної дисфагії:

- обмежений або відсутній рух органів ковтання та мовлення;
- пошкоджена рефлекторна функція ковтання;
- змінений м'язовий тонус без атрофії (наприклад спастика);
- порушення дрібної моторики;
- гіперкінезії (наприклад тремор);
- порушення часової координації ковтання.

Симптоми периферно-органічної дисфагії:

- відсутність вольових та рефлекторних рухів;
- знижений м'язовий тонус;
- атрофія м'язів;
- глибокий рівчачок на язиці.

Ступінь тяжкості залежить від видаленого органу чи його частини.

Шкала для оцінки ступеня дисфагії в пацієнта:

- 0 — дисфагії немає (нормальна дієта без обмежень)
- 1 — можливість ковтати рідку їжу та рідину
- 2 — можливість ковтати тільки рідину
- 3 — труднощі з ковтанням рідини або слини
- 4 — повна дисфагія

Фізіологія акту ковтання[ред. | ред. код]

Ковтання — це складний фізіологічний процес для транспорту слини та їжі від ротової порожнини до шлунку. Розрізняють мимовільну та рефлекторну фази.

- Мимовільна: жування та транспорт їжі до задньої частини ротової порожнини.
- Рефлекторна: транспорт їжі від ротоглотки до шлунку.

В процесі ковтання залучені п'ять черепних нервів: N. trigeminus (V), N. facialis (VII), N. glossopharyngeus (IX), N. vagus (X), N. hypoglossus (XII).

Фази акту ковтання[ред. | ред. код]

Преоральна фаза

Описана тільки деякими авторами. До неї можна зарахувати накриття столу, приготування їжі, естетичне оформлення страв, відчуття запаху та кольору та різноманітні ритуали, що збуджують апетит та виділення слини.

Оральна підготовча фаза

До неї входять формування їжі на язиці (утворення болюсу від грец. βόλος - ком, кусень). Губи при цьому закриті, щоки набувають тону, щелепи та бокові частини язика роблять мимовільні рухи. М'яке піднебіння змінює свою позицію так, щоб їжа не потрапила до ротоглотки.

Оральна фаза

Тут болус їжі збирається між язиком та піднебінням. М'яке піднебіння та задня частина язика відділяють ротову порожнину від власне глотки, голосова щілина відкрита.

Фарингіальна фаза

Під'язикова кістка просувається вперед і, так само як і гортань, піднімається. М'язи гортані починають робити рефлекторні перистальтичні рухи вниз, надгортанник опускається назад, голосова щілина закривається. Болус входить до нижньої частини глотки і просувається далі до верхнього сфінктеру стравоходу, голосова щілина повністю замкнута. Потім болус просувається у стравохід, надгортанник ще піднятий.

Езофагеальна фаза

Це рефлекторний процес у вигляді перистальтичних хвиль. Нижній сфінктер стравоходу відкривається і болус потрапляє до шлунку. Голосова щілина відкривається. Гортань повертається у вихідне становище.

На цю фазу логопедична терапія не має впливу.

Акт ковтання у дітей[ред. | ред. код]

Акт ковтання у дітей проходить за іншою моделлю, ніж у дорослих. Це відбувається через анатомічні особливості дитячого організму: глотка набагато коротша, гортань і язикова кістка знаходяться відносно вище, ротова порожнина за об'ємом менша, нижня щелепа знаходиться далі позаду відносно верхньої. Механізми ковтання в немовлят ще не остаточно сформовані. Язик не здійснює латеральних рухів, а лише центральні рухи назад і вперед.

Формування функції ковтання в перші роки життя залежить від анатомічних особливостей та розвитку орофакціальних структур: нижньої щелепи, зубів, язика, піднебіння, надгортанника і нижньої частини глотки. Оральна моторика починає працювати вже в утробі матері: ковтання починається на 10-му тижні розвитку, смоктання — на 18-ми тижні. У новонароджених спостерігають ритмічні смоктання та ковтання, у проміжку між цими рухами вони дихають. Цей глобальний рефлекс спостерігають приблизно до 6-го тижня життя. З приблизно 7-го тижня життя переважають рухи язика вперед і назад. Рефлекторні рухи переходять у реакції, що можна ізолювати. Разом з цими рухами з 3-го місяця життя спостерігають також маргінальний, негармонійний лепет. Приблизно з 5-го місяця життя дитина може піднімати і опускати язик. З цього віку дитині можна давати пюре і кашу на ложці. Часто дитина засмоктує їжу закритими губами з ложки тому, що керується вивченими механізмами смоктання. З 6-го місяця життя дитина може міцно кусати, щелепи тиснуть при цьому міцно одна на одну. В цьому віці також починається канонічний лепет. З 7-го місяця дитина починає жувати. Жування розвивається до 12-го місяця. У віці 3 — 6-ти років механізми ковтання та жування остаточно сформовані.

У немовлят оральна підготовча фаза відсутня. Немовля не кусає і не жує. Під час оральної фази глотка відкрита, немовля дихає через ніс. Через те, що гортань у немовлят високо розташована, а язикова кістка зміщена назад, немовля може дихати через ніс під час оральної фази. Болус (молоко)

потрапляє в нижню частину глотки завдяки рухам язика назад. Під час цього нижня щелепа і язик просуваються вперед так, що наступний болюс не може потрапити в ротову порожнину.

Наступна таблиця дає огляд про основні фази розвитку навичок дитини щодо їжі.

Таблиця 1. Розвиток навичок харчування у дітей.

Вік місяцях	у Навички
0,5	Дитина підносить руку до рота.
2 — 4	Тримає руку на пляшечці, з якої її годують.
4	Звикання до ложки.
4 — 6	Починає пити з чашки.
5 — 6	Тримає обома руками пляшечку.
5 — 7	Може їсти кашу, пюре та м'яку їжу з ложки.
6	Бере до рота сухарики.
6	Охоплює ложку губами.
6	Починає плямкати, що свідчить про розвиток вертикального руху щелепи.
7	Починає жувати — кругові рухи щелепою.
6 — 8	Може пити рідину з чашки.
9	Сама бере ложку.
9 — 10	Може пити з чашки, яку тримає інша особа.
10 — 11	Може тримати їжу між великим та вказівним пальцями.
12	Може сама їсти і тримати ложку цілою рукою.
12	Тримає чашку обома руками, може зробити 4 — 5 ковтків один за одним.
12	Самостійно тримає і підносить пляшку до рота.
15 — 24	Покращення координації рухів при самостійному харчуванні.

Фізіологічні зміни акту ковтання у похилому віці.

Результати рентген-діагностики:

Оральна фаза:

- глибоке розташування язика та язикової кістки через редуковану сполучну тканину на язиковій кістці, розлад функції зовнішніх м'язів язика;
- подовжене опрацювання болюсу, яке спричинюють змінені неефективні рухи язика та щелепного суглоба, а також через частково чи повністю відсутні зуби;
- уповільнений рефлекс ковтання через змінене слиновиділення чи редуковане чуттєве сприйняття на язиці та піднебінні, що може, наприклад, спричинити передчасне попадання болюсу у власне глотку.

Фарингеальна фаза:

- обмежене підняття гортані та язикової кістки через редуковану сполучну тканину у гортані та надгортаннику;
- обмежене закриття гортані або розширена глотка через збільшене відкладення жиру у м'язах гортані чи через атрофію м'язів глотки, що призводить до залишків їжі у валлекулах (заглибленнях за коренем язика).

Езофагеальна фаза:

- послаблення перистальтичних езофагеальних хвиль, обмежена рухомість м'язів.

Аспірація

Це потрапляння твердої і / або рідкої їжі чи слини в трахеобронхіальну систему. Це може статися в рамках розладу акту ковтання або в межах фізіологічних процесів, коли людина випадково закашлюється або захлинається. Ступінь аспірації дуже важливий з точки зору клінічних проявів і терапії, так як корелює з частотою життєво небезпечної аспіраційної пневмонії.

Патофізіологічна класифікація

- Предеглюдитивна аспірація: розлад контролю над болюсом. Причина — перед виконанням вольового акту ковтання передчасне попадання їжі у валлекули, коли голосова щілина ще незакрита.
- Інтрадеглюдитивна аспірація: розлад несвідомого акту ковтання, часто через обмежений рух глотки, неповне

закриття голосової щілини, сповільнене закриття гортані чи розлад відкриття верхнього сфінктера стравоходу.

- Постдеглютитивна аспірація: відбувається після рефлекторного акту ковтання. Залишки їжі (ретенції) в задньому відділі нижньої частини глотки потрапляють у голосову щілину, яка після ковтання знову відкривається, а потім і у трахею.

Симптоми

Таблиця 2.

Ступінь тяжкості	Клінічні симптоми	Результати відеоларингоскопії	Результати рентген-кінематографії
I	Випадкова, рідкісна аспірація ускладнень.	Рідкісна аспірація при збереженому безрефлекторному кашлі.	Аспірація матеріалу, що залишився в присінку і порожнині гортані при збереженому рефлекторному кашлі.
II	Періодична аспірація рідини. Слина і їжа не аспіруються. Без клінічних симптомів пневмонії.	Постійна аспірація при збереженому власна рефлекторному кашлі або рідкісна не аспірація рефлекторного кашлю з міцним вольовим, свідомим кашлем.	Аспірація приблизно 10 % об'єму болюсу при збереженому рефлекторному кашлі.
III	Оральне харчування всіх консистенцій неможливе. Часта пневмонія.	Постійна аспірація без рефлекторного кашлю, але з міцним вольовим, свідомим кашлем.	Аспірація < 10 % болюсу при пониженому рефлекторному кашлі або аспірація > 10 % болюсу при збереженому рефлекторному кашлі.

IV	Життєво небезпечна аспірація всіх консистенцій, також слини, хронічна пневмонія.	Постійна аспірація без болюсу та відсутньому рефлексаторного кашлю.	Аспірація > 10 % при рефлексаторному кашлі.

Тиха аспірація

Захлинання без видимих симптомів. Ознаки:

- «вологий», хриплий, клекотливий голос;
- слабке відкашлювання;
- недостатнє підняття гортані;
- послаблений блювотний рефлекс або його відсутність;
- висока температура тіла, що не має очевидних причин;
- часті пневмонії.

При появі одного чи декількох з наведених ознак необхідно вжити заходів — від зміни харчування до візуальної діагностики. Поки не буде виключено аспірацію, пацієнт повинен отримувати харчування через зонд. Якщо внаслідок центрального або периферичного органічного захворювання пацієнт не може кашляти, вірогідно, може відбуватися тиха аспірація, при якій пацієнт захищається без видимих проявів.

Причини дисфагії.

Причини нейрогенної дисфагії:

- пошкодження центральної нервової системи (наприклад інсульт, черепно-мозкова травма);
- пошкодження черепних нервів (наприклад виникнення їх пухлин);
- прогресивне неврологічне захворювання (бічний аміотрофічний склероз; хвороба Паркінсона, розсіяний склероз, хвороба Гантінгтона, синдром Гієна — Барре, постполіомієлітний синдром, захворювання, що перебігають з деменцією);
- нейро-м'язеві захворювання (наприклад ботулізм, правець);
- запальні захворювання м'язів.

Причини периферично-органічної дисфагії:

- онкологічні захворювання голови та ший;

- радіотерапія: морфологічні зміни (наприклад набряки, фіброз), можливий розлад функцій ковтання від 12 місяців до декількох років після радіологічного лікування;
- видалення пухлини: змінені структури через видалення м'язів, кісток чи хрящів, можливі вторинні наслідки, такі як ураження черепних нервів.

Вікові особливості.

Дисфагія в дитячому віці.

Основні причини дисфагії:

1. Неврологічні захворювання:

- енцефалопатія (наприклад, інфантильний церебральний параліч, перинатальна асфіксія)
- черепно-мозкова травма
- пухлина
- розумова недорозвиненість
- загальне вповільнення розвитку

2. Анатомічні і структурні:

- вроджена трахео-езофагіальна нориця,
- розчеплення губ, щелепи, твердого та м'якого піднебіння

3. Генетичні:

- хромосомні (наприклад, трисомія 21)
- синдромальні (наприклад, секвенція П'єра Робіна, синдром Тріча Коллінса)
- вроджені помилки обміну речовин

4. Вторинні причини при систематичних захворюваннях:

- респіраторні (наприклад, гастроінтестинальна дизмобілізація, запор)
- вроджені вади серця

5. Психосоціальні причини та поведінка:

- оральна депривація (відхилення їжі)

6. Вторинні проблеми в медичних умовах:

- ятрогенія (зміна стану пацієнта до гіршого внаслідок необережних дій лікаря).

Основою діагностики є визначення змін нормального розвитку навичок харчування (див. таблицю 1). Для діагностики необхідні:

- огляд оро-фаціальних структур. Мають бути також враховані параметри руху, моторної активності і сили, зв'язок функцій мовлення і ковтання;
- за можливістю відеоендоскопія, ультразвукова діагностика оральної та орофарингеальної фаз. При стимульованому і не стимульованому ковтанні мають бути перевірені, непереривність, час тривання, активність язика і мовної кістки і стратегії компенсації;
- відеофлуорооскопія з барієвою кашею.

Необхідно враховувати, що преоральна підготовча фаза для дітей надзвичайно важлива, в дітей є часто проблеми з зубами та запалення слизових оболонок носа та гортані.

Для немовлят і дітей з проблемами при смоктанні та ковтанні існують наступні загальні рекомендації:

- немовлята з проблемами в харчуванні часто звертаються у старшому віці до лікарів і логопедів для лікування і корекції захворювань, пов'язаних з органами мовлення;
- якщо захворювання на ранніх ступенях розвитку не лікувати, то в дітей розвивається патологічна надмірна чутливість орофаціальної ділянки;
- логопедична терапія може позитивно вплинути на розвиток дитини з дисфагією. До логопедичної терапії дисфагії у дітей відносяться: корекція постави, робота над оральною чутливістю, стратегії фізіологічного ковтання, тренування орофаціальної моторики. Інколи для доцільної логопедичної терапії необхідне хірургічне втручання і корекція орофаціальних структур (наприклад, при розщепленні піднебіння).

Дисфагія в похилому віці[ред. | ред. код]

Причини:

- захворювання: інсульт, системні захворювання;
- когнітивні процеси (часто призводять до відмови від їжі): деменція, відсутність апетиту, порушення свідомості, страх захлинутися, зміни особистості і характеру (внаслідок ураження фронтальної частини мозку), редукована перистальтика глотки, швидке стомлення м'язів, зменшена активність гортані;
- фізіологічні процеси старіння: зміни оральних, піднебінних і фарингеальних структур (перш за все щелеп, зубів), зменшене виділення слини, послаблення нейро-м'язових процесів (жування та ковтання).

Класифікація:

- первинний розлад акту ковтання — якій спричинюють процеси старіння;
- вторинний розлад акту ковтання — через інше захворювання в похилому віці.

Діагностика: Насамперед необхідно встановити, чи дисфагія спричинена органічно або мова йде про фізіологічний процес старіння (пресбифагія). Для цього проводять радіологічне дослідження всіх фаз акту ковтання з урахуванням вікових особливостей.

Діагностика.

Включає:

- збір ґрунтового анамнезу;
- ознайомлення з попередніми медичними даними і діагнозами, оцінка неврологічного статусу та необхідності догляду;
- медична візуалізація (відеофлуорооскопія): пацієнтові пропонують болюси різної консистенції (тверда, крихка, пюре, рідина) та відслідковують, їжа якої консистенції спричиняє реакцію дисфагії. На основі цього визначають подальший обсяг терапії. Якщо вже клінічна діагностика дає індікацію на аспірацію, від медичної візуалізації необхідно відмовитись, так як вона являє собою загрозу виникнення справжньої аспірації. В такому випадку проводиться трансназальна фіберендоскопія;
- трансназальна фіберендоскопія: ендоскопічне обстеження нижньої частини глотки та гортані з метою контролю функцій під час акту ковтання. Пацієнту дають желе та рідини, що зафарбовані харчовою фарбою, найкраще синього кольору, щоб прослідкувати патологічні прояви (зокрема, передчасне попадання їжі у нижню частину глотки).

Під час клінічної діагностики необхідно враховувати наступні пункти:

- ступінь притомності пацієнта;
- можливі обмеження поля зору;
- статус мови та мовлення, голосу та артикуляції;
- можливі обмеження просторового сприйняття, апраксії;
- м'язовий тонус, відчуття всередині та поза ротовою порожниною, рухомість мимічної мускулатури;

- локалізація дефектів (губи, язик, піднебіння);
- оральний транспорт їжі;
- ковтання слини;
- чи може пацієнт спонтанно та на прохання кашляти;
- рух гортані;
- якість голосу до та після ковтка, після кашлю;
- дихання;
- чи кашляє і блює пацієнт зразу після ковтка, чи через деякий час.

Лікування.

Нейрогенна дисфагія.

Направлена на відновлення пошкоджених функцій або максимальне використання збережених функцій акту ковтання. Збереження якості життя пацієнта, тобто утримання його симптомів якомога довше на досягнутому рівні.

- бажані рухи повинні бути активованими, небажані — пригніченими;
- нормалізація чуттєвості;
- покращення координації;
- підвищення сили та витривалості м'язів;
- методи компенсації;

Периферично-органічна дисфагія

У більшості випадків лікування подібне до нейрогенної дисфагії. Необхідним є відновлення функцій для наявних структур (наприклад, після резекції органів, що необхідні для ковтання). Серед них:

- нормалізація чуттєвості;
- збереження рухомості;
- збільшення амплітуди рухів структур, що залишилися неушкодженими;
- підтримання витривалості м'язів.