



НУТРИЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОЙ ЭЗОФАГОСПАЗМОМ

Фирсова Л. Д., Янова О. Б., Васнев О. С., Костюченко Л. Н., Пичугина И. М., Ефремов Л. И.

ГБУЗ Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии ДЗ г. Москвы

РЕЗЮМЕ

В представленном клиническом случае раскрыта тема необходимости комплексного терапевтического воздействия, включая нутриционную поддержку, на различные звенья патогенеза эзофагоспазма для достижения эффективности лечения больного.

Ключевые слова: эзофагоспазм; нутриционная поддержка.

SUMMARY

In the presented clinical case the theme of the need for an integrated therapeutic intervention has been disclosed, including nutritional support on the various links of the pathogenesis of esophagospasm to the effectiveness of the patient's treatment.

Keywords: esophagospasm; nutritional support.

Больная Ш., 50 лет находилась на лечении в хирургическом отделении ЦНИИГ с 28.05 по 18.06.2012 г. (ист. болезни 4025) с диагнозом: «Диффузный эзофагоспазм».

Жалобы при поступлении: невозможность принимать пищу (за исключением теплого сладкого чая), проявляющаяся рвотой после первых глотков пищи; похудание, быстрая утомляемость, слабость.

Анамнез болезни. Начало заболевания около 5 лет назад, когда впервые отметила эпизоды «тугого», иногда с болью, прохождения пищи по пищеводу. Впервые госпитализирована в ЦНИИГ в 2009 году. Обследование: эзофагогастроуденоскопия (хронический гастрит), манометрия пищевода (признаки диффузного эзофагоспазма). Лечение консервативное (бускопан в дозе 10 мг три раза в день 2 недели в стационаре, затем 2 недели амбулаторно) с хорошим эффектом. В течение 6 месяцев после проведенного лечения самочувствие было хорошим. Постепенно симптоматика возобновилась: возникли затруднения при прохождении пищи по пищеводу, со временем появилась необходимость вызывать рвоту, после чего проходимость пищевода могла временно восстановиться. В 2010 году повторный курс спазмолитической терапии в ЦНИИГ с хорошим, но кратковременным эффектом. С лета 2011 года отмечает постоянное

затруднение прохождения пищи, возобновление рвоты после еды. С этого времени отмечаются периоды невозможности прохождения любой пищи продолжительностью до 6–7 дней. Следствием этого явилась снижение массы тела за год на 29 кг. Ухудшение состояния около 2 месяцев, в течение последних пяти дней полностью отсутствует возможность принимать пищу, что послужило поводом для госпитализации в хирургическое отделение. Спазмолитическая терапия без эффекта. Около месяца назад был назначен стрезам, однако после его приема отмечала апатию, сонливость, резкое снижение работоспособности, в связи с чем самостоятельно отменила препарат. Продолжение лечения психофармакологическими препаратами считает нецелесообразным, так как отрицает связь имеющихся симптомов с жизненной ситуацией.

Анамнез жизни. Живет в семье — муж, дочь. Работает зам. директора по соцзащите в школе (работа напряженная, связана с эмоциональными нагрузками (трудные подростки, многодетные семьи, социально незащищенные семьи).

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, чистые. Тургор кожи снижен. Отеков нет. ЧД 17 в минуту. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧСС

76 в минуту, ритм правильный. Границы сердца перкуторно в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 120 и 80 мм рт. ст.

Слизистая полости рта не изменена. Зев чистый. Язык обложен белым налетом. Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Толстая кишка при пальпации эластична. Нижний край печени на уровне края правой реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Клинический анализ крови: без особенностей.

Биохимический анализ крови: показатели нормальные, за исключением незначительного снижения общего белка (63 г/л при норме от 66 до 87) и альбумина (34, 4 г/л при норме от 35 до 52).

Анализ мочи: без особенностей.

Рентгенологическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Акт глотания не изменен. Пищевод расширен до 3 см. Контрастная взвесь поступает в желудок порционно узкой тонкой полоской, кардия проходима. Наблюдаются спастические сокращения пищевода на всем протяжении, постоянный заброс контрастной взвеси из терминального отдела в вышележащие отделы почти до глотки. Газовый пузырь желудка отсутствует. Рентгенологически картина в процессе исследования меняется. В желудок прошло малое количество контрастной взвеси, поэтому тугого заполнения желудка не произошло. Контуры четкие, перистальтика не изменена. Луковица и ДПК не изменены. Заключение: рентгенологическая картина соответствует эзофагоспазму.

ЭГДС. После анестезии глотки 10%-ным раствором лидокаина эндоскоп свободно проведен в пищевод, а затем в желудок. Слизистая пищевода розовая, гладкая, блестящая. В просвете верхней трети пищевода большое количество слюны. На расстоянии 28 см от резцов определяются остатки пищи, далее просвет сужен за счет выраженного спазма. С трудом аппарат проведен ниже. Дистальная граница спазмированного участка на уровне 35 см от резцов. Розетка кардии располагается на 40 см от резцов, плотно сомкнута, однако свободно проходима для аппарата. Кардиальные складки желудка на уровне пищеводного отверстия диафрагмы. Просвет желудка не деформирован, при инсуффляции воздухом легко расправляется. В просвете желудка натошак большое количество желчи. Слизистая желудка умеренно гиперемирована в теле по вершинам складок, в антральном отделе имеет пятнистый вид. Складки средней величины, извиты, продольно ориентированы. Перистальтика удовлетворительная, симметричная. Угол желудка не изменен. Привратник округлый. Луковица ДПК средних размеров, слизистая розовая. Выход из луковицы свободный. Слизистая двенадцатиперстной кишки бледно-розовая, перистальтика активная, БДС в типичном месте, не изменен. Заключение: эзофагоспазм. Поверхностный гастрит. Дуоденогастральный рефлюкс.

Манометрия пищевода. Давление покоя НПС высокое (49,2 мм рт. ст. при норме 6–25 мм рт. ст.). Расслабление достаточное, кратковременное (1,0 с при норме 5–10 с). В теле пищевода отмечаются высокоамплитудные одномоментные сокращения, зафиксировано одно перистальтическое сокращение. Часть сокращений остаются одномоментными, многопиковыми. Заключение: диффузный эзофагоспазм. Кардиоспазм.

ЭКГ. Синусовая тахикардия, единичная желудочковая экстрасистолия.

Консультация психотерапевта.

Жалоб на изменение эмоционального состояния не предъявляет. Считает себя взрывным, но быстро отходчивым человеком. Отмечает, что единственное на настоящий момент беспокойство обусловлено возобновлением симптоматики заболевания. Внутрисемейные отношения характеризует как бесконфликтные. Социальным работником в школе работает около 15 лет. Признает, что работа является трудной, при этом подчеркивает, что любовь и интерес, а также понимание практической ценности своей деятельности полностью нивелируют трудности.

Психический статус: сознание ясное. В беседе активна, в изложении своих мыслей логична. Невербальных признаков тревоги и депрессии нет.

Психодиагностика:

Госпитальная шкала Тид: показатель тревоги — 8 баллов (субклинически выраженная тревога), показатель — 6 баллов (отсутствие признаков депрессии).

Опросник Вейна: наличие признаков вегетативных нарушений — 37 баллов (норма до 15).

ММИЛ: тест достоверный. Максимальное повышение графика по 9-й клинической шкале, второе по высоте повышение — плато 2–3.

Опросник ЛОБИ: гармоничный тип отношения к болезни, характеризующийся адекватным отношением к лечению заболевания.

Заключение: стойкий спазм пищевода можно расценить как конверсионный синдром (соматизация тревоги у личности демонстративного типа).

Проведена психотерапевтическая беседа. Рекомендуются прием грандаксина 50 мг два раза в день (в первой половине дня).

Консультация нутрициолога.

Нутритивный статус: дизгидрические нарушения отсутствуют, дефицит циркулирующего белка, альбумина, дефицит массы (ИМТ < 17, ТКЖСБ (толщина кожно-жировой складки над бицепсом) и ТКЖСТ (толщина кожно-жировой складки над трицепсом) менее нормы, дефицит циркулирующих Na и K I–II ст.). Нутриционная недостаточность III ст. Потребность в белке 1 г/кг массы тела в сутки, 2800 ккал энергопотребности.

Лечение:

в первые три дня:

- зондовое питание (нутризон 500,0);
- спазмолитическая терапия в/в: но-шпа 4,0 на 400,0 физраствора; сульфат магния 25% — 10,0 на глюкозе 5% — 400,0).

В последующие дни:

- нутризон до 500 мл в сутки и в/в аминостерил — гепа 10% — 400,0 + глюкоза 10% — 250 мл + инсулин Актрапид 8 Ед + витамин С 5% — 8,0 ежедневно № 8;
- грандаксин (анксиолитик) 50 мг два раза в день.

В результате проведенного лечения проходимость пищи значительно улучшилась, прибавка массы тела на 4 кг. Выписана в удовлетворительном состоянии.

ОБСУЖДЕНИЕ

В соответствии с современными представлениями спазм пищевода является одним из проявлений вегетативной дисфункции, чаще всего кратковременным и преходящим. Особенностью данного случая является стойкий и длительный спазм пищевода. Возникшее на этом фоне нарушение питания привело к значительному снижению массы тела. Это обстоятельство, а также признание связи вегетативных нарушений с повышением уровня тревоги послужили поводом для тщательного психодиагностического обследования больной. В первой беседе больная не только отрицала наличие тревоги, но, более того, демонстрировала благополучие и в семейной, и в профессиональной сферах жизни. Результаты тестирования (ММИЛ) этому противоречили и свидетельствовали о выраженной дисгармоничности эмоциональной сферы. В частности, плато 2–3, выявленное в профиле ММИЛ, является редким сочетанием одновременного существования тревожных (2-я шкала) и демонстративных (3-я шкала) тенденций. При воздействии длительной психотравмирующей ситуации это может привести к соматизации тревоги в виде развития конверсионных синдромов, в частности эзофагоспазма. Для демонстративных личностей характерны такие психологические

защиты, как отрицание затруднений и вытеснение факторов, вызывающих тревогу. В сфере влияния этих психологических защит в обсуждаемом случае были и вопросы, связанные со здоровьем, вследствие чего больная при ухудшении состояния откладывала обращение к врачу на неопределенный срок. Это привело к ситуации, когда возникла необходимость зондового питания в первые дни поступления в стационар и нутритивной поддержки в более поздние сроки. Через неделю от начала лечения самочувствие больной значительно улучшилось, что позволило провести индивидуальную психотерапевтическую беседу, направленную на осознание тревоги, признание стрессогенности ситуации на работе и поиск путей ее изменения. Осознанное отношение к проблеме позволило получить согласие больной на прием препарата с анксиолитическим и вегетотропным действием (грандаксин).

Особенностью лечения больной является нутритивная поддержка, необходимость которой при эзофагоспазме возникает редко.

Повторный осмотр после курса амбулаторного лечения (грандаксин 50 мг два раза в день в течение 1,5 месяца). Самочувствие значительно лучше. Сохраняются редкие эпизоды незначительно выраженной дисфагии. Прибавка массы тела на 5 кг. Манометрия пищевода: динамика положительная (20% перистальтических сокращений). Психодиагностическое обследование. ММИЛ: тест достоверный, в клинических шкалах снижение по шкале тревоги до нормальных значений. Рекомендовано продление приема анксиолитического препарата до 3 месяцев.

Представленный случай демонстрирует необходимость комплексного воздействия на различные звенья патогенеза заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березин Ф. Б. Методика многостороннего исследования личности. Структура, основы интерпретации, некоторые области применения / Ф. Б. Березин, М. П. Мирошников, Е. Д. Соколова. — 3-е изд., испр. и доп. — М.: Березин Феликс Борисович, 2011. — 320 с.
2. Черноусов А. Ф. Хирургия пищевода / А. Ф. Черноусов, П. М. Богпольский, Ф. С. Курбанов. — М.: Медицина, 2000. — 350 с.
3. Нутриционная поддержка в гастроэнтерологии / Под ред. проф. Костюченко Л. Н. — М.: БИНОМ, 2012. — 496 с.
4. Клинические лекции по гастроэнтерологии и гепатологии. Т. 1 / Под ред. А. В. Калинина, А. И. Хазанова. — М., 2002.
5. Kahrilas P. J. Esophageal motor disorders in terms of high-resolution esophageal pressure topography: what has changed? // Am. J. Gastroenterol. — 2010. — Vol. 105, No. 5. — P. 981–987. Epub 2010 Feb 23.
6. Smout A. J. Advances in esophageal motor disorders // Curr. Opin. Gastroenterol. — 2008. — Vol. 24, No. 4. — P. 485–489.

