



УДК: 616. 711. 1[616. 321–008. 17+616. 22–008. 5

ДИСФАГИЯ И ДИСФОНΙΑ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ БОЛЕЗНЬЮ ФОРЕСТЬЕ**В. М. Бобров****DYSPHONIA AND DYSPHAGIA IN PATIENTS WITH FORESTIER'S DISEASE****V. M. Bobrov***МУЗ городская клиническая больница 8 им. И. Б. Однопозова, г. Ижевск**(Главный врач – А. А. Есипов)*

Приведено редкое наблюдение выраженного остеохондроза шейного отдела позвоночника у пациента 71года. Особенность данного наблюдения заключается в грубых, дегенеративно-дистрофических изменениях в шейном отделе позвоночника. Ощущение инородного тела в глотке можно объяснить наличием костных выступов и их давлением на гипоглотку и отчасти на гортань. Дисфагия – это результат преимущественно нервно-рефлекторных проявлений, обусловленных спондилоартрозом шейного отдела позвоночника.

Ключевые слова: остеохондроз, инородное тело, дисфония, дисфагия.

Библиография: 13 источников.

Одной из причин дисфагии является дегенеративно-дистрофическое поражение шейного отдела позвоночника [1, 3–13]. При деформирующем спондилезе патологический процесс локализуется не только в межпозвонковом диске, но и в телах позвонков, а иногда и в суставе между дужками последних, в результате чего развивается спондилоартроз. К факторам, этиологически связанным с возникновением последнего, относят тяжелую многолетнюю физическую работу, травмы, компрессионные переломы тел позвонков, продолжительные микротравмы у акробатов, водителей, спортсменов. Я. Ю. Попелянский [7], В. П. Веселовский и соавт. [3] указывают, что дистрофические изменения в позвоночно-двигательном аппарате появляются вследствие перегрузки в нем и нарушений трофики. При деформирующем спондилезе развиваются костные выросты в виде остеофитов по краям тел позвонков. В поздних стадиях этого заболевания шиповидные разрастания соседних тел позвонков сближаются, образуя как бы костный мостик между ними. Наросты по задней поверхности тел позвонков, выступающие в позвоночный канал, могут быть причиной тяжелых неврологических расстройств. Костные наслоения по боковым и особенно по передней поверхности тел позвонков иногда длительное время протекают бессимптомно и обнаруживаются во время рентгенологического обследования по поводу других заболеваний или при возникновении патологической импульсации, в результате которой появляются рефлекторные нарушения не только в органах, расположенных в задних отделах шеи, но и находящиеся впереди шейного отдела позвоночника [3, 7].

В 1950г. Forestier и Rotes-Queral описали больных с аномальной оссификацией передних и боковых частей позвоночного столба. В дополнение к ограничению подвижности позвоночника при болезни Форестье (БФ) иногда наблюдают дисфонию, дисфагию и сдавление спинного мозга. БФ встречается редко, обычно у пожилых людей. Forestier и Queral из группы дегенеративных состояний типа деформирующего спондилеза выделили своеобразную форму, названную авторами анкилозирующим сенильным гиперостозом позвоночника (hyperostose ankylosante vertebrale) [13]. Авторы отмечают как особенность заболевания массивные окостенения продольных связок в шейном и грудном отделах [13]. И. Л. Тагер (1983) трактует болезнь Форестье как своеобразный аллергический лигаментит пожилых людей [9]. По данным Г. Н. Григорьева [4] на 150 больных, имевших клинические и рентгенологические признаки



шейного остеохондроза, вазомоторные и трофические изменения слизистой оболочки верхних дыхательных путей, парестезии и дисфагии выявлены у 48,7% больных. На фоне указанных нарушений возникали тяжелые и упорные канцерофобии [5]. Нервно-рефлекторные проявления, сопутствующие костным разрастаниям, отмечаются и в ЛОР-органах [11]. Приводим собственное наблюдение.



Рис. 1. Больной Ш., 71 г. На боковой рентгенограмме гортаноглотки грубые шиповидные остеофиты по передним поверхностям на уровне С2-С6, выступающие в просвет глотки в виде клювов. По передней поверхности тел позвонков начиная с С2 определяются обширные напластования, обусловленные обызвествлением передней продольной связки позвоночника, выступающие в просвет глотки в виде клювов. Наиболее выраженные изменения на уровне С2-С6. На уровне С5-С6 утолщенная продольная связка почти вплотную подходит к щитовидному и перстневидному хрящам гортани.

Больной Ш., 71 г., пенсионер, обратился в ЛОР-отделение 02.11.2007 г. с жалобами на изменение голоса, охриплость, затрудненное глотание жидкой пищи, чувство инородного тела в глотке. При приеме пищи поперхивание, кашель. Данные жалобы около полугода. Не лечился, за медицинской помощью не обращался. У терапевта находится на учете с ИБС, остеохондрозом. При общем обследовании возрастные изменения. АД – 150/90 мм рт.ст. Нос, уши без изменений. При мезофарингоскопии – на задней стенке глотки образование округлой формы до 1,5–2 см в диаметре на широком основании, выступающее в просвет глотки на 1,5 см. При пальцевом исследовании образование плотной консистенции, неподвижное, не смещается. Гортань – голосовые складки серые, при фонации смыкаются плотно по средней линии, грушевидные синусы свободные. 02. 11. 2007 г. рентгенография шейного отдела позвоночника в правой боковой проекции. По передней поверхности тел позвонков начиная с С2 определяются обширные напластования толщиной 1,5–1,7 см, обусловленные обызвествлением передней продольной связки позвоночника с образованием в ней костных фрагментов выступающие в просвет глотки в виде клювов. Наиболее выраженные изменения на уровне С2 – С6 основанием прилежащих к позвонкам с образованием ложных суставов между позвонками и между собой. Ниже этого уровня также отмечается обызвествление связки, но контур ее здесь гладкий, ровный. Шейный лордоз сглажен. Значительно снижена высота диска С5-С6 и в меньшей степени С4-С5 без смещения тел позвонков. На уровне С5-С6 утолщенная продольная связка почти вплотную подходит к щитовидному и перстневидному хрящам гортани. Удлинены задние смежные углы тел позвонков С4-С7. Диаметр позвоночного канала сохранен.

Заключение: болезнь Форестье, остеохондроз II степени шейного отдела позвоночника.

04. 11. 2007 г. эзофагогастродуоденоскопия. В глотке над входом в пищевод имеется выбухание задней стенки глотки до 1,5 см в диаметре плотной консистенции. В средней трети пищевода правой боковой стенки имеется дивертикул до 0,5 см в диаметре, в нижней трети имеется неглубокий дивертикул пищевода на задней стенке. **Заключение:** выбухание задней стенки глотки над входом в пищевод, дивертикулы верхней и нижней трети пищевода.

Получал симптоматическое лечение; выписан с улучшением.

Заключение: особенностью данного наблюдения является выраженная картина болезни Форестье. Дисфагия и дисфония в данном случае были клиническими симптомами выраженного остеохондроза шейного отдела позвоночника, бессимптомно протекающего многие годы. Дисфагия объясняется давлением на гипофаринкс и отчасти на гортань. Это результат наличия



у больного грубых дегенеративно-дистрофических изменений в шейном отделе позвоночника. Ощущение инородного тела в глотке можно объяснить наличием костных выступов. Дисфагия – это результат преимущественно нервно-рефлекторных проявлений, обусловленных спондилоартрозом шейного отдела позвоночника.

Мы наблюдали четырех больных с подозрением на инородное тело начального отдела пищевода. Во всех случаях анамнестические данные, жалобы на боли и рентгенологические данные (обзорная боковая рентгенограмма гортаноглотки по Г. М. Земцову, контрастная рентгенограмма по С. В. Ивановой-Подобед) не вызывали сомнений в наличии инородного тела в пищеводе. Однако эзофагоскопия, а затем фиброэзофагоскопия у пациентов не выявили инородного тела в пищеводе.

Приводим пример. Больная К., 47 лет, в середине января 1997г. обратилась в ЛОР-отделение с жалобами на боли в глотке, после того как поела мясной суп. На боковой обзорной рентгенограмме гортаноглотки по Г. М. Земцову и контрастной рентгенограмме по С. В. Ивановой-Подобед на уровне У1-УП шейных позвонков определяется дополнительная неоднородная плотная тень в виде полосы длиной до 1,5 см, шириной 0,6 см. Бариевая взвесь частично наслаивается на нижнюю часть этой тени. На прямой рентгенограмме шейного отдела позвоночника описанная тень проецируется на уровне У1 шейного позвонка справа и может быть обусловлена локальным обызвествлением в мягких тканях. В шейном отделе – проявления остеохондроза. Дважды проведенная эзофагоскопия, инородное тело не обнаружено. Повторно сделаны рентгенограммы гортаноглотки – картина прежняя. Проведена фиброэзофагоскопия, инородное тело не обнаружено. Пациентка госпитализирована для наблюдения. Ввиду отсутствия жалоб на боли в глотке через несколько дней выписана домой. Глотание жидкой и хорошо прожеванной пищи свободное. Практически аналогичное наблюдение имеем у пациентов 18 лет, 66 лет и 76 лет [2]. Заключение: локальное обызвествление в мягких тканях шеи и выраженный шейный остеохондроз рентгенологически могут иногда вызывать ощущение инородного тела начального отдела пищевода (верхней трети пищевода). Повторная эзофагоскопия и/или фиброэзофагоскопия, а также отсутствие жалоб на боли в глотке при наблюдении больного в течение нескольких дней дают основание исключить наличие инородного тела в пищеводе.

Вывод:

Особенность данного наблюдения заключается в грубых, дегенеративно-дистрофических изменениях в шейном отделе позвоночника. Ощущение нахождения инородного тела в глотке можно объяснить наличием костных выступов и их давлением на гипофаринкс и отчасти на гортань. Дисфагия – это результат преимущественно нервно-рефлекторных проявлений, обусловленных спондилоартрозом шейного отдела позвоночника.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиматов Х. А., Михайлов М. К., Гаджиев Т. Р. Боль в глотке как синдром остеохондроза. //Новости оторинолар. и логопатол. - 2001. - №2. - С. 8–10.
2. Бобров В. М. Инородные тела пищевода (анализ за 15лет). // Вестн. оторинолар. - 2001. - №5. - С. 45–46.
3. Веселовский В. П., Михайлов М. К., Самитов О. Ш. Диагностика синдромов остеохондроза позвоночника. Казань: Изд-во Казан. ун-та, 1990. - 288 с.
4. Григорьев Г. Н. О характере ЛОР-нарушений при шейном остеохондрозе. // Журн. ушн., нос. и горл. бол. - 1969. - №6. - С. 59–66.
5. Кевеш Л. Е. Дегенеративно-дистрофические поражения шейного отдела позвоночника и дисфагия. Мат. 2-го Всерос. съезда рентгенологов. - Л.: Б. и., 1966. -С. 65.
6. Нечипоренко В. П., Лозицкая В. И., Зак В. И. Дисфагия, обусловленная деформирующим спондилоартрозом шейного отдела позвоночника. //Там же. - 1993. - №4. - С. 48–49.
7. Попелянский Я. Ю. Шейный остеохондроз. Компрессионные и рефлекторный синдромы. М.: Медицина, 1966. - 284 с.
8. Рудерман А. И. О дисфагии при деформирующем спондилозе шейных позвонков. // Вестн. оторинолар. - 1957. - №4. - С. 88–90.
9. Тагер И. Л. Рентгенодиагностика заболеваний позвоночника. М., Медицина, 1983, 208с. (С. 140–143).
10. Татарковская И. А. Демонстрация больного, страдающего дисфагией на почве деформирующего спондилоартроза шейного отдела позвоночника. // Журн. ушн., нос. и горл. бол. - 1959. - №1. - С. 95.
11. Филатов В. Ф., Е. Л. Арделян Состояние ЛОР-органов при шейном остеохондрозе. //Журн. ушн., нос. и горл. бол. - 1986. - №6. - С. 58–60.