

DOI: 10.20514/2226-6704-2023-13-3-224-231

УДК 616.329-002-06:616-009.12

EDN: RUAQMV

**А.Ю. Ищенко*, М.Ю. Галушко**Медицинский центр «МедЭлит», ООО «МедЭлитКонсалтинг»,
Москва, Россия

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ С РАЗВИТИЕМ ВТОРИЧНОГО ДИФФУЗНОГО ЭЗОФАГОСПАЗМА

A.Yu. Ishchenko*, M.Yu. Galushko

Medical center «MedElit», LLC «MedElitConsulting», Moscow, Russia

Case of Gastroesophageal Reflux Disease Resulted in Secondary Esophageal Spasm

Резюме

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь — это широко распространённое хроническое заболевание, характеризующееся забросом в пищевод желудочного или дуоденального содержимого. Эзофагоспазм и ахалазия кардии являются недостаточно изученными заболеваниями, связанными с нарушением нервно-мышечной передачи импульса и дискоординацией моторики пищевода, проявляющимися загрудинной болью и дисфагией. В статье представлен клинический случай молодого пациента с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и анамнезом нетипичных загрудинных болей, требующих дифференциального диагноза между вариантами нарушенной моторики пищевода.

Ключевые слова: гастроэзофагеальный рефлюкс, эзофагит, эзофагоспазм, ахалазия кардии

Конфликт интересов

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов

Источники финансирования

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования

Статья получена 23.07.2022 г.

Принята к публикации 14.02.2023 г.

Для цитирования: Ищенко А.Ю., Галушко М.Ю. ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ С РАЗВИТИЕМ ВТОРИЧНОГО ДИФФУЗНОГО ЭЗОФАГОСПАЗМА. Архивъ внутренней медицины. 2023; 13(3): 224-231. DOI: 10.20514/2226-6704-2023-13-3-224-231. EDN: RUAQMV

Abstract

Gastroesophageal reflux disease is a widespread chronic disease in which stomach or duodenal contents rise up into the esophagus. Esophageal spasm and achalasia cardia are poorly studied disorders associated with impaired neuromuscular impulse transmission and motor discoordination of the esophagus, manifested by chest pain and dysphagia. The article presents a clinical case of a young patient with gastroesophageal reflux disease and a history of atypical chest pain requiring differential diagnosis between variants of impaired esophageal motility.

Key words: gastroesophageal reflux, esophagitis, esophageal spasm, achalasia cardia

Conflict of interests

The authors declare no conflict of interests

Sources of funding

The authors declare no funding for this study

Article received on 23.07.2022

Accepted for publication on 14.02.2023

For citation: Ishchenko A.Yu., Galushko M.Yu. Case of Gastroesophageal Reflux Disease Resulted in Secondary Esophageal Spasm. The Russian Archives of Internal Medicine. 2023; 13(3): 224-231. DOI: 10.20514/2226-6704-2023-13-3-224-231. EDN: RUAQMV

*Контакты: Алина Юрьевна Ищенко, e-mail: iecurmed@yandex.ru

*Contacts: Alina Yu. Ishchenko, e-mail: iecurmed@yandex.ru

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0730-3800>

АК — ахалазия кардии, ГЭРБ — гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ДЭС — диффузный эзофагоспазм, ИПП — ингибиторы протонной помпы, МАЖБП — метаболически ассоциированная жировая болезнь печени, МП — манометрия пищевода, НАЖБП — неалкогольная жировая болезнь печени, НПС — нижний пищеводный сфинктер, РК — рентгеноконтрастное исследование, УДХК — урсодезоксихолевая кислота, ЭГДС — эзофагогастродуоденоскопия, ЭС — эзофагоспазм, DCI — дистальный сократительный интеграл, IRP — суммарное давление расслабления

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — это хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся регулярно повторяющимся забросом в пищевод желудочного и, в ряде случаев, дуоденального содержимого. В России распространенность ГЭРБ среди взрослого населения варьирует от 11,3 до 23,6% [1]. Факторами, ассоциированными с ГЭРБ, являются возраст старше 50 лет и курение, а ведущим коморбидным состоянием — ожирение. Типичный симптомокомплекс включает изжогу, отрыжку, регургитацию, одинофагию. Характерно усиление симптомов в положении лёжа и при наклонах вперёд.

Эзофагоспазм (ЭС) — заболевание пищевода, обусловленное спастическими сокращениями его стенки без нарушения раскрытия кардии в ответ на глоток [2]. Патогенез ЭС не изучен, предполагается дефект передачи нервного импульса. В отечественной и зарубежной литературе отсутствуют клинические, лабораторные и инструментальные признаки ЭС, позволяющие достоверно подтвердить или опровергнуть диагноз. В зависимости от причин ЭС разделяют на первичный (обусловленный органическими изменениями нервной системы) и вторичный (развивающийся на фоне ГЭРБ, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, эзофагитов), в зависимости от распространённости — на сегментарный («пищевод щелкунчика») и диффузный (ДЭС) [2].

Ахалазия кардии (АК, идиопатическое расширение пищевода, кардиоспазм) — идиопатическое нервно-мышечное заболевание, проявляющееся функциональным нарушением проходимости кардии вследствие дискоординации между глотком, рефлекторным раскрытием нижнего пищеводного сфинктера (НПС) и двигательной и тонической активностью гладкой мускулатуры пищевода [3]. Основные симптомы заболевания — прогрессирующая дисфагия, регургитация и загрудинные боли, связанные с неполным опорожнением пищевода и хроническим эзофагитом.

Клинический случай

Пациент Д, 33 года на момент первичного обращения в октябре 2019 года.

Жалобы: Боль в области мечевидного отростка грудины, особенно в положении лёжа, а также при употреблении грубой клетчатки (твёрдые яблоки, капуста, свёкла), воды. Усиление боли при разговоре.

Анамнез заболевания:

- Считает себя больным с 2013 года (с 27-летнего возраста), когда впервые появились указанные жалобы. Тогда же, впервые в жизни пациента,

была выполнена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), в результате которой установлен диагноз рефлюкс-эзофагита. Неоднократно проводились курсы лечения ингибиторами протонной помпы (ИПП) (омепразол, рабепразол, эзомепразол в различных дозах и режимах) и прокинетиками (домперидон, итоприд, тримебутин, разной длительности) без выраженного эффекта. При этом пациент придерживался всех немедикаментозных рекомендаций при ГЭРБ.

- В 2016 году пациент прошёл суточное мониторирование pH и манометрию пищевода, не выявившие значимых отклонений. В том же году была проведена дилатация кардии без клинического эффекта. При этом пациент отрицал наличие дисфагии и регургитации как до, так и после дилатации.
- С 2016 по 2018 гг. неоднократно проводимые обследования по назначению кардиолога и невролога не привели к установлению причины болей у пациента.
- В 2018 году в связи с полным отсутствием эффекта от консервативной терапии пациенту было рекомендовано проведение бужирования пищевода, от которого пациент воздержался, опасаясь осложнений.
- До обращения в медицинский центр МедЭлит (ООО МедЭлит-Про) в октябре 2019 г. пациент самостоятельно периодически принимал различные ИПП и прокинетики без клинического эффекта; неоднократно проходил эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС), в результате которых выявлялась недостаточность кардии, рефлюкс-эзофагит, дважды — эрозии пищевода, поверхностный гастрит, непостоянно — дуодено-гастральный рефлюкс.
- В феврале 2019 года была проведена эрадикационная противохеликобактерная терапия 1-й линии без клинических изменений на фоне и после терапии.

Анамнез жизни: Нерегулярное курение до 2009 года (за 4 года до возникновения жалоб), алкоголь — до трёх раз в год в нетоксичных дозах. Аллергический анамнез не отягощён. В 2012 году пациенту была проведена противовирусная терапия хронического гепатита С препаратами прямого противовирусного действия, с достижением устойчивого вирусологического ответа, стадия фиброза печени F0 по результатам транзIENTной эластометрии (2017г). Семейный анамнез: у матери сахарный диабет 2 типа, хроническое заболевание щитовидной железы.

Объективное обследование: Состояние удовлетворительное. Пациент эмоционально стабилен, контактен, правильного нормостенического телосложения

с умеренно выраженной подкожной жировой клетчаткой и мускулатурой, индекс массы тела 25,2 кг/м², окружность живота — 90 см. Кожа физиологической окраски, умеренной влажности, сухая на кистях. Ротовая полость санирована, язык влажный с белым налётом. Дыхательная система: грудная клетка симметрична, равномерно участвует в акте дыхания; пальпаторно без отклонений; перкуторно ясный лёгочный звук; аускультативно дыхание везикулярное, проводится во все отделы грудной клетки; хрипов нет. Сердечно-сосудистая система: ритм сердца правильный, тоны сердца ясные, шумы и акценты не выслушиваются, частота сердечных сокращений (ЧСС) 72/мин, артериальное давление (АД) 122/77 мм рт.ст. на обеих руках. Живот: равномерно участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги, перкуторно не увеличена. Желчнопузырные симптомы отрицательные. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Периферических отёков нет. Физиологические отправления без отклонений.

Пациенту установлен предварительный диагноз: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: катаральный эзофагит, эрозивный в анамнезе. Дуодено-гастральный рефлюкс в анамнезе. Хронический поверхностный гастрит, ассоциированный с *H. pylori*, состояние после эрадикационной терапии первой линии А в феврале 2019. Ахалазия кардии?

Результаты проведённых исследований:

- В клиническом и биохимическом анализе крови без существенных отклонений.
- ЭГДС выявила недостаточность кардии, рефлюкс-эзофагит (для исключения пищевода Барретта взята биопсия, полученное позже гистологическое заключение свидетельствовало

о наличии эзофагита без признаков метаплазии), поверхностный гастрит, дуоденит, дуодено-гастральный рефлюкс жёлчи, уреазный экспресс-тест на *H. pylori* положительный, pH 7 (Рисунок 1).

- Ультразвуковое исследование органов брюшной полости выявило очаговые образования правой доли печени с признаками гемангиом на фоне неизменённой экоструктуры остальной паренхимы печени с ровными контурами. Также была обнаружена деформация жёлчного пузыря без признаков холестаза и билиарной гипертензии, и признаки липоматоза поджелудочной железы. Эхографических признаков портальной гипертензии и изменений селезёнки выявлено не было.
- Манометрия пищевода высокого разрешения выявила: Давление покоя нижнего пищеводного сфинктера (НПС) 10-12 мм рт.ст. (в норме — от 10 до 45 мм рт.ст.). Грыжи пищеводного отверстия нет. Диагноз согласно Чикагской классификации нарушений моторной функции пищевода, версия 3 (2015): Неэффективная моторика пищевода: обструкция пищеводно-желудочного соединения отсутствует, IRP (integrated relaxation pressure, суммарное давление расслабления) <15 мм рт.ст.; более 50 % сокращений неэффективны, DCI (distal contractile integral, дистальный сократительный интеграл) <450 мм рт.ст. x см (Рисунок 2).
- Рентгенография пищевода с контрастированием барием выявила признаки гастро-эзофагеального рефлюкса, недостаточности кардии, рефлюкс-эзофагита, дуодено-гастрального рефлюкса.
- В результате суточной pH-импедансометрии, проведённой в пищеводе на уровне, находящемся на 5 см выше НПС, выявлено 7 кислых рефлюксов (в норме <50), общей длительностью

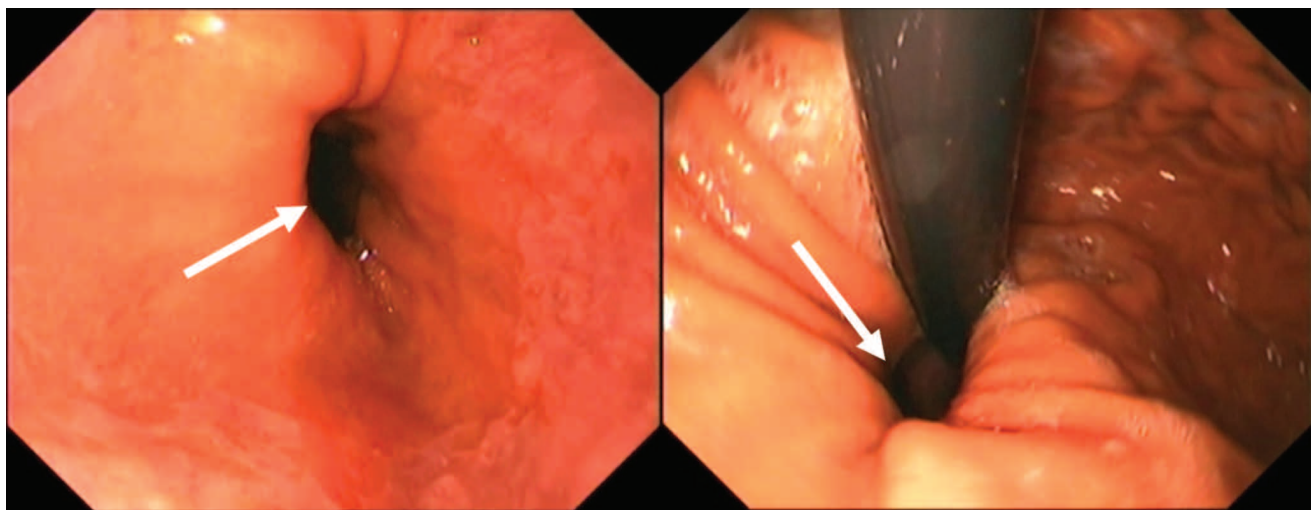


Рисунок 1. Кардиальный сфинктер при ЭГДС: недостаточность при прямом и ретроверсивном осмотре (отмечено белыми стрелками).

Figure 1. Cardiac sphincter on endoscopy: insufficiency on direct and retroversion examination (marked with white arrows).

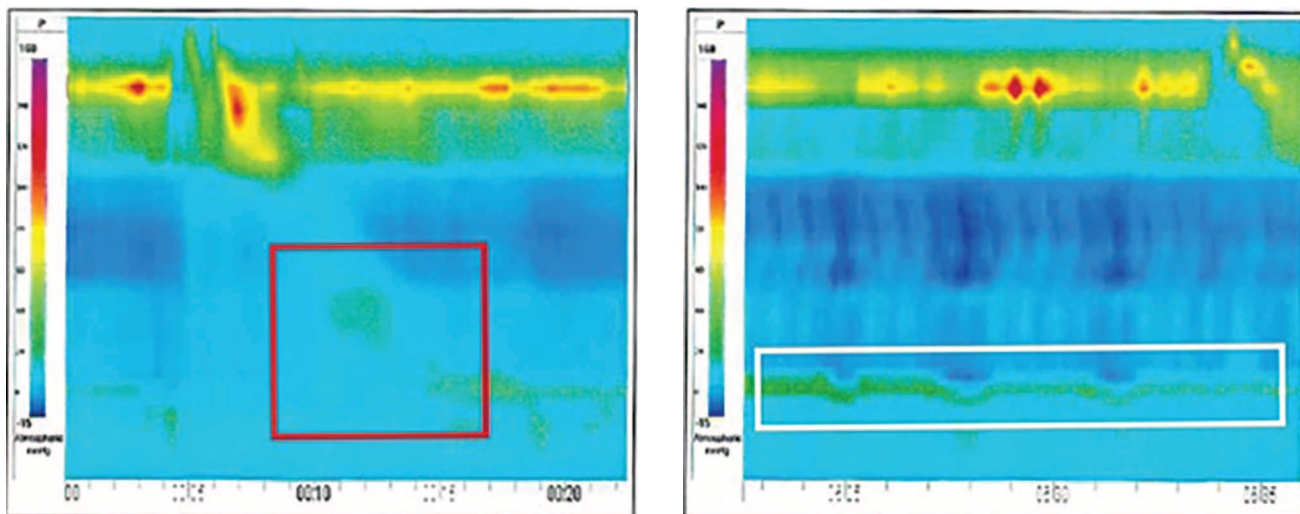


Рисунок 2. Манометрия пищевода пациента. Красной рамкой выделено отсутствие сокращения пищевода при глотке, DCI равен 31 мм рт.ст., при норме 450-8000 мм рт.ст. Белой рамкой выделено давление НПС в покое, равное 12 мм рт.ст. при норме 10-45 мм рт.ст.

Figure 2. Esophageal manometry. The red frame highlights the absence of esophageal contraction in swallow phase; DCI is 31 mm Hg, with the normal range of 450-8000 mm Hg. The white frame highlights the LES pressure at rest, equal to 12 mm Hg with the normal range of 10-45 mm Hg.

8 мин (в норме <60 мин). Число кислых рефлюксов в вертикальном положении (днём) — 7, в горизонтальном положении (во время сна) — 0. Длительность химического клиренса составила 1 мин (в норме <3 мин). Длительность эпизодов с pH <4,0 за сутки составила 0,6% (в норме <4,5%). Показатель De Meester составил 2,19 (в норме <14,72). По результатам анализа импедансометрического сигнала: число слабокислых рефлюксов за сутки 20 (в норме <21), число щелочных рефлюксов за сутки 32 (в норме их быть не должно). При этом на протяжении 60% времени pH желудка была выше 4,0, что позволило заподозрить гипоацидный гастрит; обнаруживались признаки дуодено-гастрального рефлюкса с 6-8 часов утра (Рисунок 3).

На основании полученных результатов пациенту был установлен диагноз: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: катаральный эзофагит; эрозивный эзофагит в анамнезе. Дуодено-гастральный рефлюкс. Вторичный диффузный эзофагоспазм. Хронический поверхностный гастрит, ассоциированный с *H. pylori*. Состояние после эрадикационной терапии первой линии А, первой линии Б, неэффективны. Гемангиомы печени.

Рекомендована терапия: Блокатор кальциевых каналов нифедипин с постепенной титрацией дозы до 10 мг 3 раза в день — длительно; эзофагопротектор (натрия гиалуронат + хондроитина сульфат натрия) по 1 пакету 3 раза в день, ИПП и урсодезоксихолевая кислота (УДХК) по стандартной схеме — курс 1 месяц.

Спустя полтора месяца приёма нифедипина пациент отметил постепенное уменьшение интенсивности болевых приступов. На фоне регулярного приёма состояние оставалось стабильным — периодически у пациента

возникала приглушённая боль, не снижающая качество жизни. Спустя пять месяцев пациент прекратил приём нифедипина (в связи с невозможностью приобретения), что привело к выраженному ухудшению спустя две недели: возобновились интенсивные болевые приступы, впервые появился кашель. Пациент был осмотрен терапевтом, проведена рентгенография органов грудной клетки, что позволило исключить патологию дыхательной системы. Возобновление приёма нифедипина с титрацией до прежних доз (30 мг в сутки) привело к постепенному улучшению состояния в течение месяца — быстро исчез кашель, частота и интенсивность болевых приступов регрессировала. По состоянию на март 2022 пациент продолжает принимать регулярно нифедипин, курсами — эзофагопротектор по 1 пакету 1-3 раза в день, ИПП — в стандартных режимах (рабепразол 10 мг или деклансопразол 30 мг 1 раз в день по 2-4 недели). Проводится ежегодный эндоскопический и гистологический контроль, выявляющий катаральный эзофагит без отрицательной динамики. В марте 2022 года выявлен избыток массы тела — прибавка 5 кг за 3 года (индекс массы тела составил 26,9 кг/м²), увеличение окружности живота до 95 см, что пациент связывает со снижением физической активности на фоне пандемии COVID-19 и ограничительных мер. В марте 2022 года в ходе ультразвукового контроля в отношении гемангиом печени впервые выявлен стеатоз печени. Пациенту была выполнена транзиентная эластометрия и стеатометрия на аппарате FibroScan, выявившая стадию фиброза F0 по шкале METAVIR и стадию стеатоза S3 по шкале NAS. Установлен диагноз метаболически ассоциированной (неалкогольной) жировой болезни печени (МАЗБП, НАЖБП). Даны рекомендации по увеличению физической активности, к терапии добавлена УДХК в дозе 14,6 мг/кг, витамин Е.

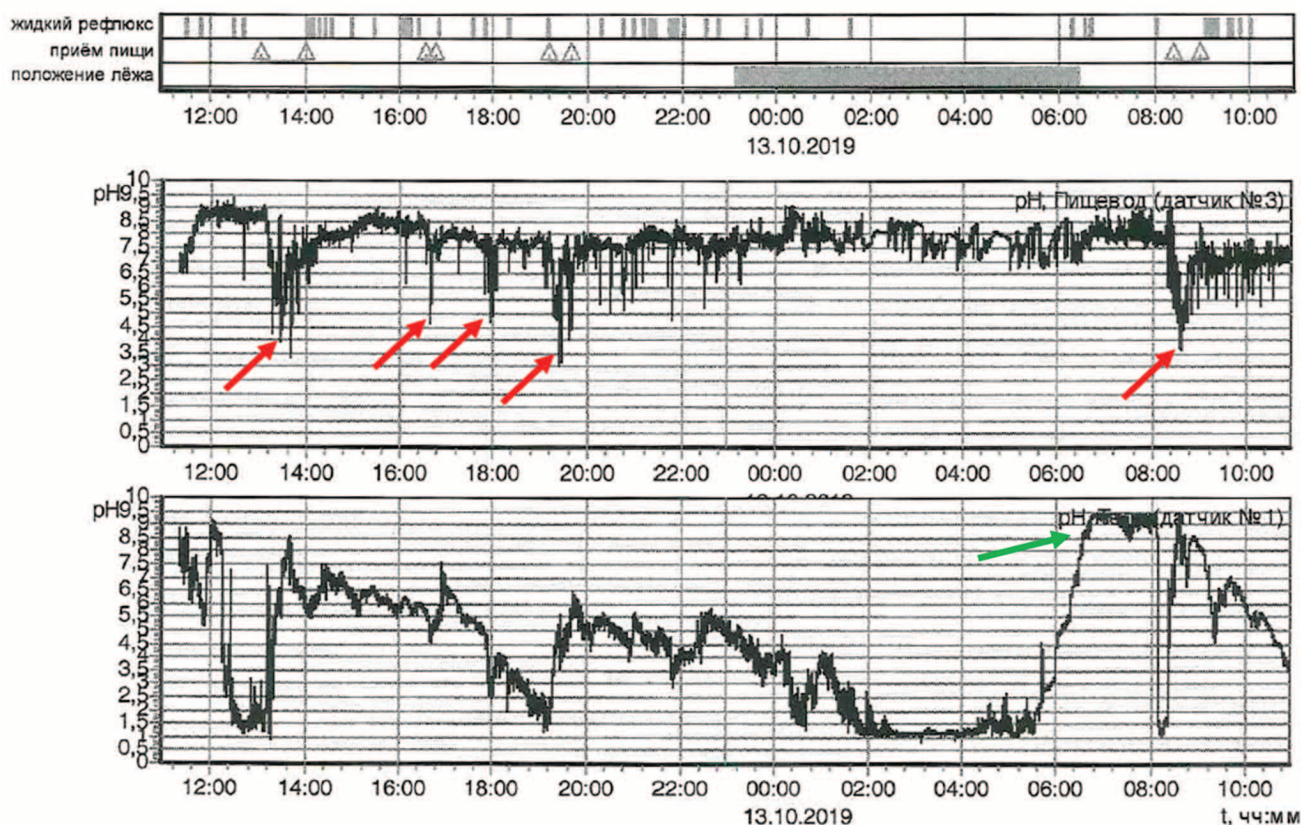


Рисунок 3. Результат суточной рН-импедансометрии. Красными стрелками отмечены кислые рефлюксы в пищевод. Зелёной стрелкой отмечен щелочной дуодено-гастральный рефлюкс.

Figure 3. The result of 24-hours pH-impedancemetry. The red arrows indicate acid refluxes into the esophagus. The green arrow indicates alkaline duodeno-gastric reflux.

Обсуждение

Эпидемиологические данные не могут обеспечить полного представления об истинной распространённости дискинезий пищевода в связи с гиподиагностикой, обусловленной стёртым малосимптомным течением и, как следствие, выявлением заболевания на поздних стадиях, отягощённых снижением массы тела и мальнутрицией. Кроме того, нередко дискинезии ошибочно диагностируются как ГЭРБ. Частота возникновения увеличивается с возрастом, чаще болеют женщины зрелого и пожилого возраста. Распространённость сочетания ГЭРБ и дискинезии пищевода также неизвестна в связи с ограниченным количеством исследований. Имеются данные, что среди пациентов с подтверждённой ГЭРБ, резистентных к терапии ИПП, частота нарушений моторики пищевода достигает 75 % [4].

В рассматриваемом случае в дебюте заболевания у 27-летнего пациента загрудинная боль была расценена как проявление рефлюкс-эзофагита, выявленного при ЭГДС. Важно заметить, что пациент отрицает наличие изжоги, дисфагии, однако характеристики боли — провокация приёмом пищи, питьём, усиление в положении лёжа — типичны для патологии пищевода. Стандартные схемы лечения ГЭРБ не привели к какому-либо улучшению состояния, что потребовало продолжения диагностического поиска, в том числе исключения кар-

диальной и неврологической этиологии. Было предположено наличие у пациента ахалазии кардии, несмотря на отсутствие дисфагии, встречающейся у 99 % пациентов с АК [3]. Результаты манометрии пищевода также не свидетельствовали в пользу АК: не было выявлено повышения суммарного давления расслабления НПС (IRP >15 мм рт. ст.), в сочетании с отсутствием или нарушением сокращений. Согласно клиническим рекомендациям по АК, консервативная терапия блокаторами кальциевых каналов или нитратами может оказывать некоторый эффект при этой нозологии, однако рассматривается как временная мера, основным методом лечения АК является дилатация кардии, которая эффективна в 60-85 % случаев [3]. Тем не менее, вместо дальнейшего диагностического поиска и подбора альтернативной консервативной терапии пациенту была выполнена дилатация кардии, не оказавшая положительного влияния на его состояние. Следует заметить, что и на этом этапе не рассматривалась консервативная терапия блокаторами кальциевых каналов или нитратами.

При первичном обращении в клинику в 2019 году пациент прошёл комплексное обследование пищевода (включающее в себя ЭГДС, рентгенографию с контрастированием, рН-импедансометрию, манометрию), результаты которого оказались несколько противоречивыми.

ЭГДС, не являющаяся методом выбора для диагностики дискинезии пищевода, тем не менее необходима для исключения органических заболеваний. В рассматриваемом случае с помощью ЭГДС не было выявлено каких-либо отклонений, позволяющих заподозрить дискинезию пищевода (расширение просвета, затруднение проведения эндоскопа, непроходимость кардии и др.). Была обнаружена недостаточность кардии, рефлюкс-эзофагит, поверхностный гастрит, дуоденит, дуодено-гастральный рефлюкс жёлчи.

Рентгенография с контрастированием подтвердила наличие ГЭР, рефлюкс-эзофагита и дуодено-гастрального рефлюкса. Типичных для ДЭС признаков обнаружено не было, что не исключает этого диагноза — по данным литературы отклонения выявляются только у 60 % пациентов, а патогномоничные изменения (пищевод в виде «штопора» или «чётков») встречаются менее чем в 5 % случаев [5]. Рентгенографические признаки АК, такие как спазм кардии и расширение пищевода, также отсутствовали.

По результатам манометрии была выявлена неэффективная моторика пищевода — гипомоторная форма дискинезии, клинически проявляющаяся регургитацией, дисфагией, тяжестью в эпигастрии. Пациент отрицал наличие указанных симптомов, а единственная его жалоба — загрудинная боль — характерна именно для гипермоторных форм, так как обусловлена

спастическими сокращениями мускулатуры. Нужно отметить, что манометрия пищевода является золотым стандартом для выявления дискинезий пищевода, однако использованная на тот момент для интерпретации Чикагская классификация нарушений моторной функции пищевода (версия 3, 2015) применима для выявления первичных нарушений моторики, тогда как вторичные изменения не имеют чётких валидированных критериев. В докладе, посвящённом обновлению Чикагской классификации (версия 4, 2021), подчёркивается значимость манометрии для дифференциации отклонений, которые позволяют выставить окончательный диагноз (например, ахалазию), от других феноменов, неубедительных для диагноза и требующих клинической интерпретации [6]. В рассматриваемом случае манометрия позволила исключить ахалазию кардии, обязательным критерием которой является повышение суммарного давления расслабления НПС (IRP) более 15 мм рт.ст.

По результатам суточной рН-импедансометрии количество кислых рефлюксов и процент времени с рН <4 соответствовали норме, однако было зафиксировано 32 щелочных рефлюкса, что коррелировало с результатами ЭГДС, выявившей дуодено-гастральный заброс жёлчи.

Обращает на себя внимание, что при проведении зондирований пациент не испытывал приступов боли,

Таблица 1. Дифференциальный диагноз пациента на основе критериев диффузного эзофагоспазма и ахалазии кардии
Table 1. Differential diagnosis of the patient based on the criteria for diffuse esophagospasm and achalasia cardia

Признак / Feature	Пациент / Case	ДЭС / Diffuse esophagospasm	АК / Achalasia cardia
Боль / Pain	++	++	+ (60 %)
Дисфагия / Dysphagia	-	+	++ (99 %)
Регургитация / Regurgitation	-	+ - (редко)/(seldom)	+
Снижение массы тела / Weight loss	-	+ (поздние стадии)/(Late stages)	+ (поздние стадии) / (Late stages)
Некоординированная перистальтика, симптом «чётков» (РК) / Uncoordinated peristalsis, rosary symptom (X-ray)	-	+	-
Нормальная проходимость НПС (РК) / Normal patency of the lower esophageal sphincter (X-ray)	+	+	-
Спазм кардии, расширение пищевода (РК) / Spasm of the cardia, expansion of the esophagus (X-ray)	-	-	+
Расширение пищевода, плотно сомкнутая кардия (ЭГДС) / Expansion of the esophagus, tightly closed cardia (endoscopy)	-	-	+
Повышение суммарного давления расслабления НПС >15 мм рт.ст. (МП) / An increase in the total relaxation pressure of the lower esophageal sphincter >15 mm Hg. (high-resolution manometry)	-	-	++
Спастические сокращения (МП) / Spasmodic contractions (high-resolution manometry)	-	+-	+
Число кислых рефлюксов выше нормы (рН-м) / Number of acid refluxes above normal (pH monitoring)	-	+-	-
Эффект от блокатора кальциевых каналов / The effect of a calcium channel blocker	++	++	+
Эффект от ИПП / The effect of PPI	-	+	-

Примечание: РК — рентгенография пищевода с контрастированием; НПС — нижний пищеводный сфинктер; ЭГДС — эзофагогастродуоденоскопия; МП — манометрия пищевода; рН-м — суточная рН-метрия пищевода
Note: X-ray — X-ray with barium contrast; PPI — proton pump inhibitors

что косвенно может свидетельствовать о нервно-рефлекторном генезе спазма пищевода и объяснять отсутствие характерных отклонений в результатах манометрии. Аналогичная ситуация была при первичном обследовании в 2016 году — во время проведения рН-импедансометрии и манометрии приступов боли не было.

Суммируя интерпретацию инструментальных исследований следует отметить, что существующие методы диагностики, несмотря на свою узкопрофильность, не всегда позволяют установить точный диагноз, так как валидированные критерии для всех форм дискинезий пищевода отсутствуют [6]. Эти методы носят вспомогательный характер, а для установления диагноза необходим сопоставительный анализ результатов указанных инструментальных исследований с клиническими проявлениями [6].

В таблице 1 приведены основные клинические и инструментальные характеристики пациента и критерии ДЭС и АК, использованные при дифференциальной диагностике [2, 3].

Представляется возможным формирование практического алгоритма диагностического поиска для пациентов с некардиальной загрудинной болью. Первым методом должна выступать ЭГДС (при отсутствии

противопоказаний) в связи с высочайшей информативностью и возможностью исключения органических заболеваний: рака пищевода и кардиального отдела желудка, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, эзофагита, стриктур пищевода. В случае очевидного диагноза должно назначаться лечение в соответствии с действующими рекомендациями; при отсутствии эффекта или недостаточности информации следует выполнить рентгенографию с контрастированием барием. Предлагаемый авторами алгоритм диагностического поиска при наличии некардиальной загрудинной боли, представлен на рисунке 4.

В рассматриваемом клиническом случае именно эффективная терапия блокатором кальциевых каналов позволила подтвердить наличие у пациента гипертонической формы дискинезии пищевода — диффузного эзофагоспазма, сочетанного с ГЭРБ.

Следует заметить, что в дебюте заболевания в 2013 году и на момент обращения в 2019 году у пациента не было метаболических нарушений, однако в марте 2022 года были впервые выявлены избыток массы тела и НАЖБП — частые коморбидные состояния для ГЭРБ с недостаточно изученными взаимосвязями [7, 8]. Большое количество исследований посвящено корреляции этих нозологий, при этом в большинстве из них

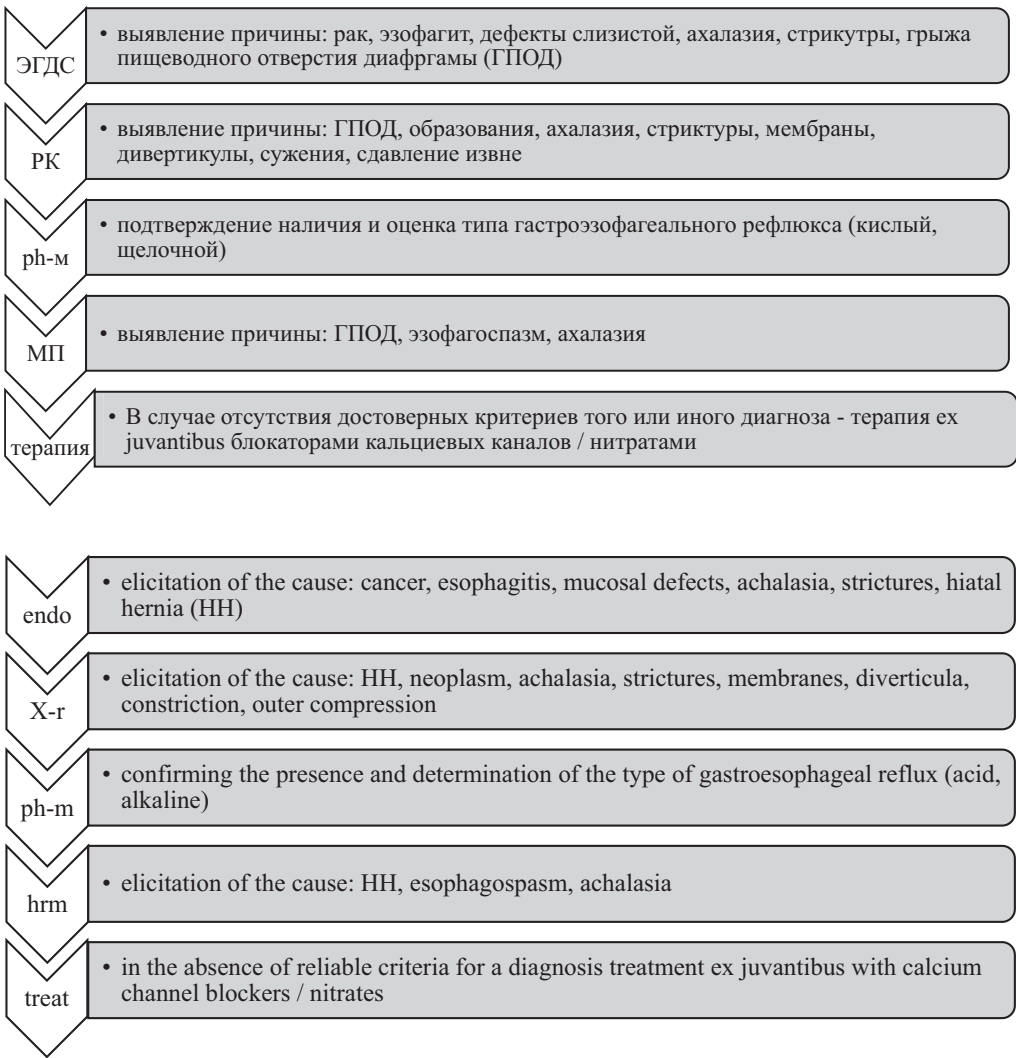


Рисунок 4.
Алгоритм диагностического поиска при наличии некардиальной загрудинной боли.

Примечание: ЭГДС — эзофагогастродуоденоскопия; РК — рентгенография пищевода с контрастированием; pH-m — суточная pH-метрия пищевода; МП — манометрия пищевода

Figure 4. Diagnostic search algorithm in the presence of non-cardiac retrosternal pain.

Note: Endo — endoscopy; X-r — X-ray with barium contrast; pH-m — pH-monitoring; hrm — high-resolution manometry; treat — treatment

речь идёт о повышенном риске ГЭРБ среди пациентов с жировой болезнью печени [7, 8], патологическая взаимосвязь которых опосредована избытком массы тела. В описанном случае ГЭРБ развилась значительно раньше, ещё в молодом возрасте, а метаболические нарушения присоединились позже и, вероятно, были спровоцированы вынужденным ограничением физической активности.

Заключение

Ахалазия кардии и диффузный эзофагоспазм являются сравнительно редко диагностируемыми и недостаточно изученными заболеваниями. Боль за грудиной требует дифференциальной диагностики в первую очередь с заболеваниями миокарда и опорно-двигательного аппарата, однако даже при исключении внепищеводной патологии установить точный диагноз бывает непросто. Высокоспециализированные современные методы диагностики патологии пищевода могут давать противоречивые результаты, не соотносящиеся между собой или клиническими проявлениями. Описанный случай молодого пациента с длительным анамнезом некупируемых загрудинных болей демонстрирует необходимость детального обследования и комплексной оценки клинических и инструментальных данных с практической стороны и разработку более чётких критериев установления и исключения этих диагнозов с научной стороны. Отдельный научно-практический интерес представляет взаимосвязь между поражением пищевода и метаболическими нарушениями, в частности, НАЖБП.

Вклад авторов

Все авторы внесли существенный вклад в подготовку работы, прочли и одобрили финальную версию статьи перед публикацией

Ищенко А.Ю. (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0730-3800>): ведение пациента, разработка дизайна публикации, написание текста рукописи, обзор публикаций по теме статьи, утверждение окончательного варианта, принятие ответственности за все аспекты работы, целостность всех частей статьи и её окончательный вариант

Галушко М.Ю. (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8263-723X>): подготовка и редактирование текста, ресурсное обеспечение исследования, утверждение окончательного варианта, принятие ответственности за все аспекты работы, целостность всех частей статьи и её окончательный вариант

Author Contribution

All the authors contributed significantly to the study and the article, read and approved the final version of the article before publication

Ishchenko A.Yu. (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0730-3800>. SPIN-code: 1624-2182): case management, article design development, creating the text of the manuscript, review of publications on the topic of the article, approval of the final version, taking responsibility for all aspects of the study, the integrity of all parts of the article and its final version

Galushko M.Yu. (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8263-723X>): preparation and editing of the text, resource providing for the research, approval of the final version, taking responsibility for all aspects of the study, the integrity of all parts of the article and its final version

Список литературы / References:

1. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С. и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020; 30(4):70–97. doi: 10.22416/1382-4376-2020-30-4-70-97.
Ivashkin V.T., Maev I.V., Trukhmanov A.S. et al. Recommendations of the Russian Gastroenterological Association for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. Russian journal of gastroenterology, hepatology, coloproctology. 2020; 30(4):70–97. doi: 10.22416/1382-4376-2020-30-4-70-97 [in Russian]
2. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С. и др. Эзофагоспазм — Клинические рекомендации. Москва. 2014; 31 с.
Ivashkin V.T., Maev I.V., Trukhmanov A.S. et al. Esophagospasm — Clinical guidelines. Moscow. 2014; 31 p. [in Russian]
3. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С., Годжелло Э.А. и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению ахалазии кардии и кардиоспазма. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2016;26(4):36-54. doi: 10.22416/1382-4376-2016-26-4-36-54.
Ivashkin V.T., Trukhmanov A.S., Godzhello E.A. et al. Recommendations of the Russian Gastroenterological Association for the diagnosis and treatment of achalasia cardia and cardiospasm. Russian journal of gastroenterology, hepatology, coloproctology. 2016;26(4):36-54. doi: 10.22416/1382-4376-2016-26-4-36-54 [in Russian].
4. Abdallah J., George N., Yamasaki T. et al. Most patients with gastroesophageal reflux disease who failed proton pump inhibitor therapy also have functional esophageal disorders. Clin Gastroenterol Hepatol. 2019 May;17(6):1073-1080.e1. doi: 10.1016/j.cgh.2018.06.018.
5. Knipe H., Bell D., Niknejad M. et al. Diffuse esophageal spasm. [Electronic resource]. URL: <https://radiopaedia.org/articles/diffuse-oesophageal-spasm> (date of the application: 20.12.2022) <https://doi.org/10.53347/rID-32647>
6. Yadlapati R., Kahrilas P.J., Fox M.R. et al. Esophageal motility disorders on high-resolution manometry: Chicago classification version 4.0. Neurogastroenterol Motil. 2021 Jan;33(1):e14058. doi: 10.1111/nmo.14058.
7. Дамбаева Б.Б., Онучина Е.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь при неалкогольной жировой болезни печени и синдроме обструктивного апноэ сна. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2020;(8):34-38. doi: 10.31146/1682-8658-ecg-180-8-34-38
Dambaeva B.B., Onuchina E.V. Gastroesophageal reflux disease in non-alcoholic fatty liver disease and obstructive sleep apnea syndrome. Experimental and clinical gastroenterology. 2020;(8):34-38. doi: 10.31146/1682-8658-ecg-180-8-34-38 [in Russian].
8. Казюлин А.Н., Гончаренко А.Ю., Калягин И.Е. Ассоциация гепатобилиарной патологии и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. РМЖ. Медицинское обозрение. 2021;5(6):404-412. doi: 10.32364/2587-6821-2021-5-6-404-412.
Kazyulin A.N., Goncharenko A.Yu., Kalyagin I.E. Association of hepatobiliary pathology and gastroesophageal reflux disease. Russian Medical Journal. Medical review. 2021;5(6):404-412. doi: 10.32364/2587-6821-2021-5-6-404-412 [in Russian].