

К вопросу о дисфагии.

Проф. В. Г. Божовского (Тобольск).

Тот отдел пищеварительного канала, где, по нашим представлениям, происходит лишь чисто-механическая работа по проведению и проталкиванию пищевой массы из полости рта в желудок,—пищевод— в отношении изучения других своих функций обращает на себя сравнительно мало внимания как физиологов, так и клиницистов. Лишь тогда, когда тот или иной болезненный процесс с более или менее выраженными признаками начинает разыгрываться в пищеводе или в его соседстве, мы невольно вынуждены бываем сосредоточивать свое внимание на этой области, изыскивая и применяя как способы распознавания, так и способы лечения, причем конечные результаты и тех, и других зачастую оказываются малоутешительными. Даже рентген, который при заболеваниях опухольного характера, при наличии инородных тел или при анатомических аномалиях строения пищевода (дивертикулы) может давать отчетливые картины, помогающие распознаванию, нередко оказывается уже запаздывающим. Поэтому, мне думается,—физиология и патология этого далеко некороткого отрезка пищеварительной трубки заслуживают неменьшего нашего внимания, чем физиология и патология других—более, повидимому, важных в многообразном акте пищеварения—отделов ее.

В заведующую мною Городскую Советскую больницу почти одновременно поступило два больных с заболеванием пищевода, истории болезни которых как с точки зрения симптоматологии, так и с точки зрения патогенеза, течения и исхода заболевания представляют, мне кажется, немалый интерес, особенно, если их сравнить между собою.

1. Первым поступил 30/ХП 25 г. больной Н., житель г. Березова, 63 лет от роду, с заявлением, что вот уже месяцев 8, как у него по пищеводу совершенно не проходит твердая пища, а подчас с трудом проскальзывает и жидкая; часто пища, задерживаясь, по указаниям больного, на уровне II—III ребер, вызывает болезненные ощущения и ощущение задержки ее преимущественно справа и несколько книзу от рукоятки грудины. Когда пища выкидывается обратно, больной сразу чувствует значительное, почти полное облегчение, хотя ощущение какой-то неловкости продолжает оставаться и некоторое время после срыгивания пищи. Острых же болей ни при проглатывании пищи, ни вне приемов ее больной не испытывает. Н. заявил, далее, что он очень ослабел, причем слабость эта изо дня в день прогрессирует, хотя потребность в еде, и очень живая, у него сохранилась. В бытность его, в октябре месяце, в Обдорске он обращался к местному врачу, которому не без затруднений удалось провести лишь тонкий (в карандаш толщиною) зонд, причем во время зондирования больной особенной болезненности не испытал.

Н. был мною обследован, по его просьбе, еще в августе 1925 г., причем на основании полученных при исследовании данных я остановился на артериосклерозе, по поводу которого ему тогда было назначено соответствующее лечение (режим, воздержание от алкоголя и табаку, внутрь *t-ra jodi*). При этом моем первом осмотре больной ни одним словом не обмолвился о том, что испытывает какое-бы

то ни было затруднение в прохождении у него пищи по пищеводу, — очевидно, с этой стороны дело тогда обстоит вполне хорошо. В прошлом у него были значительные злоупотребления алкоголем, но лues и другие половые заболевания отрицаются. Ни тbc, ни каких-либо опухолевых процессов у него в роду не было. Больной женат свыше 40 лет, но детей не имел, много курил, курит умеренно и сейчас. Большую часть своей жизни промышлял пушниной и рыбой, живя почти безвыездно в Березове и его ближайших районах.

При объективном исследовании 30/XII получились следующие данные: больной ростом 175 сант., сухощавый, с бледными кожными покровами и слизистыми оболочками, с ввалившимися глазами и втянутыми щеками, дряблой, вялой мускулатурой и с полным отсутствием подкожного жирового слоя; костяк в порядке, лимфатическая система также. Лопаточные показатели (треугольники): малый 9—9—13 сант., большой 25—24—17 сант. На рукоятке грудины, на уровне I и II ребер, в вертикальном положении тела получается ясная тупость, длина которой на уровне нижнего края I ребра равняется 9,5 сант., по верхнему краю II ребра 10—11 сант.; тупость заходит влево от срединной линии и образует заметную выпуклость снаружки в первом межреберье справа; в области IX межреберья тупость на 1½ сант. вправо от рукоятки, а влево — 2½ сант. Правая граница сердца сант. на 1½ снаружки от l. sternalis dex., левая — на 2½ сант. влево от l. mammillaris sin. Первые тоны, особенно у основания сердца и еще больше на аорте, акцентированы, вторые глуховаты; на мечевидном отростке, чуть влево от него, слабый систолический шум. Пульс на прощупываемых артериях с ясным характером p. celeris. В яремной ямке, при приподнятых плечах и втянутой шее, отчетливой пульсации не замечается. Симптом Oliver'a-Cardarelli отрицательный. При каждой пульсации получается ясное сотрясение всей верхней половины туловища и головы. Сосуды все резко склерозированы, извилисты. Феномен Dugosier отсутствует. В лежащем положении обе границы тупости (правая и левая) заметно уменьшаются, а в области рукоятки грудины получается тупость лишь сосудистого пучка, но и в этом положении шумов не выслушиваются. Со стороны легких — ослабление дыхательного шума с жестким оттенком. Органы пищеварения и др. не привлекли на себя моего особенного внимания. T° все время в пределах 36,0°—36,5°.

За время пребывания в больнице у Н. ничего нового замечено не было. Одно время лишь (с 4/I по 6/I) в левом межлопаточном пространстве можно было отчетливо выслушивать акцентированные сердечные тоны. Кроме того, с 14/I по 16/I у него обнаружился небольшой отек левой ступни, который бывал и раньше, также на короткое время. Иногда у больного наблюдались периоды — и довольно длительные, — когда в желудок проходила и задерживалась там не только жидкая и кашцеобразная пища, но больной мог делать попытки глотать смоченный мягкий белый хлеб. Отчасти благодаря этому, Н. за время пребывания в больнице заметно поправился, прибыл в весе, у него появился на щеках небольшой румянец, и вообще самочувствие заметно улучшилось.

Распознавание: arteriosclerosis, dysphagia ex aneurismate aortae thoracicae (lusoria) intermittens, insufficientia v. tricuspidalis. Лечение: в первое время infusum condurango из 6,0 на 200,0, по 3 стол. ложки в день, а с 15/I t-ra jodi по 1—7 кап. 3 раза в день.

II. История болезни второго больного, крестьянина К., 35 л., такова: поступив в больницу 4/I 26 г., он сообщил, что болен 6 месяцев, причем жаловался на постоянные острые боли под ложечкой, особенно при глотании; последнее вообще затруднено, причем твердая пища совершенно не проходит, жидкая же проходит, но иногда с трудом и вскоре срыгивается; кроме того, К. жаловался на общую слабость, резкое исхудание и длительные запоры (по неделям). Аппетит есть. Определенных указаний на какие-либо заболевания в прошлом при сборании анамнеза собрать не удалось. Объективное исследование: кожные покровы и слизистые бледны, резкое исхудание, foetor ex ore, живот втянут, влево и чуть кверху от пупка небольшая опухоль, величиной с вишню, сидящая в стенке живота, неподвижная и неболезненная; в подложечной области констатировалась заметная болезненность, но никакой опухоли при самом тщательном прощупывании определить не удалось.

Как ни незначительны были данные этого исследования, а без больших колебаний должен был остановиться на распознавании у этого больного тоже дисфагии, но на почве злокачественной опухоли пищевода, — вероятно, карциномы с локализацией в верхней трети oesofagi, что отчасти подтвердилось и последующим течением болезни. T°, бывшая у больного нормальной (36°—37°C) в первые дни, с 10/I стала давать постепенно возрастающие повышения, а 15/I достигла

39,7°, но 18/І пришла к норме с тем, чтобы до конца жизни его колебаться в пределах между 36,2° и 37,8°. 10/І у больного, далее, внезапно появились острые боли в правом боку, затруднившие дыхание, развился кашель с небольшим количеством вонючей мокроты, и в нижних отделах правого легкого стало определяться заметное притупление звука. В дальнейшем тупость эта стала подниматься и достигла постепенно уровня III—IV ребра, причем боль в правой половине грудной клетки потеряла свою остроту, с 23/І больной получил возможность проглатывать кусочки хлеба и сахара, но кашель с обильной вязкой, вонючей мокротой темно-серого цвета, с значительной примесью крови, не давал ему покоя, а одышка временами достигала сильных степеней. Больной стал буквально таять на наших глазах, общая и сердечная слабость быстро стали прогрессировать, развились отеки на стопах и голени, и 19/II Н., вскрикнув, скончался без особых мучений, при ясном почти сознании.

В этом случае дисфагия на почве канкروزного новообразования в пищеводе с метастазом в правое легкое была ясна. К сожалению, вскрытия за отсутствием при больнице секционной произвести нам не удалось. Почти такой же случай мне пришлось наблюдать в 1924 г. в Факультетской Терапевтической клинике Ярославского Университета, где больной после операции по поводу рака пищевода, в верхней его трети, на другой день после операции умер; на вскрытии диагноз подтвердился, и был обнаружен метастаз в верхней доле правого легкого, с ихорозным распадом легочной ткани, заполнившим больше половины этой доли.

Оба этих случая в первое время казались в патогенетическом отношении одинаковыми, и, когда больной Н. впервые явился ко мне на амбулаторный прием, я на основании первого своего исследования остановился на предположении у него тоже рака пищевода,— правда, под вопросом,— но затем, после поступления больного К., сравнивая между собою обе картины болезней, должен был отказаться от первоначального предположения и искать другого. Не располагая никакими вспомогательными диагностическими средствами и даже желудочным зондом,— введение которого у Н. я впрочем считал противопоказанным,— я вспомнил о прошлом, хотя и неособенно надежном, способе выслушивания акта глотания по Hamburger'y и Meltzer'y.

Hamburger'y тщательными исследованиями удалось установить, что у нормального человека со свободной проходимостью пищевода, при выслушивании шейной части последнего, на уровне подъязычной кости, во время проглатывания пищи можно услышать громкий, с металлическим оттенком, звук клокотания, а в грудной части пищевода, если выслушивать сзади и влево от позвоночника, можно слышать вплоть до уровня VIII грудного позвонка т. наз. шум проскальзывания. Если проходимость пищевода нарушена, то в указанных местах получаются различные другие звуки: то с характером трения, то шипящий или шелестящий, то звуки разбрасывания, а при полной непроходимости oesofagi в местах непроходимости наблюдается отсутствие всяких звуковых явлений, под местом же сужения—звук клокотания. По Meltzer'y во время акта глотания выслушиваются 2 звуковых явления, которые лучше всего определяются сзади и слева от мечевидного отростка. На основании наблюдений самого Meltzer'a и Th. Rosenheim'a первое из этих явлений наблюдается редко, появляется тотчас же после акта глотания и носит свистящий характер,—это, по Meltzer'y, „шум вливания“ (Durchspritzgeräusch), Ewald'ом названный первичным шумом глотания; звук этот диагностического значения не имеет. Второе звуковое явление наступает через 6—7 сек. после начала глотания,—это т. наз. „шум полоскания“ или шум проалкивания пищи (Durchpressgeräusch Meltzer'a или вторичный шум глотания Ewald'a).

Что касается наших больных, то у обоих на уровне под'язычной кости, лучше слева, отчетливо выслушивался первый шум *Ham burger'a*, который, думается нам, может иметь диагностическое значение при локализации стенозов в этой части пищевода. Ни второго шума *Ham burger'a*, на уровне IX—X ребер, ни обоих звуковых явлений *Meltzer'a* нам при повторных попытках глотания больными молока или воды определить не удалось. Основываясь отчасти на данных этого исследования, а главным образом на приведенных в обеих историях болезни данных, мы имели полное основание установить и у Н., и у К. дисфагию, только с различной этиологией.

С диагностической и патогенетической сторон нас больше интересовал первый из этих больных, у которого имело место затрудненное временами глотание, доходившее иногда до полной непроходимости пищи, при отсутствии во время акта глотания болевых ощущений, с обратным выведением пищи (то, что называется регургитацией и жвачкой—руминацией). Дисфагия у этого больного, как показали наши длительные наблюдения, была периодическая, перемежающаяся: то целыми неделями, даже месяцами она почти ничем не давала о себе знать, то была столь резко выражена и так длительна, что вызывала резкое истощение, заставлявшее думать о наличии злокачественного новообразования пищевода.

Подобные дисфагии обычно называют люзорными или, как предложил *Ham burger*, иллюзорными. Название *dysphagia lusoria* было впервые введено в обиход *Bufford'*ом, причем, по *Schönleir'u*, дисфагия эта обуславливается теми — конечно, редкими — случаями, когда *a. subclavia dex.* идет между пищеводом и позвоночником; по *Hurtl'ю* же в основе люзорной дисфагии лежит вообще ненормальный ход этой артерии. Насколько удачно такое название, и что может быть иллюзорного в такой анатомической аномалии, которая к тому же может вести к нарушению общего питания, сказать трудно; я думаю, целесообразнее было-бы совершенно отказаться от такого обозначения, заменив его выражением *dysphagia intermittens*. Как показывает первый наш случай, характерными для данной формы дисфагии являются: 1) затруднение глотания перемежающегося характера, 2) отсутствие болезненности при акте глотания и 3) сохранившийся аппетит.

Вообще же дисфагия характеризуется тем, что при ней мы имеем затрудненное глотание или даже полное непрохождение пищи, всегда сопровождаемое регургитацией или руминацией, причем выслушивание по ходу пищевода дает, как указывают *Zenker* и *Ziemssen*, целый ряд звуковых явлений: 1) полное отсутствие глотательных шумов или значительное их ослабление, 2) внезапное исчезновение их на определенном месте, 3) короткие или продолжительные шумы клохтанья, бульканья или трения, 4) значительное укорочение глотательного акта и 5) отдачу глотательного шума вверх по пищеводу, или даже по сторонам. В особом сложном инструментарии для своего распознавания дисфагия пожалуй, не нуждается. Рентген, где он есть, конечно, уточняет наше распознавание, но чего безусловно надо требовать еще для установки диагноза дисфагии, — это обязательного микрокопирования срыгиваемых масс (кусочки опухолей).

Патогенез дисфагий может быть самый разнообразный. Обуславливающие дисфагию сужения просвета пищевода в том или другом месте

его могут быть 1) врожденными, 2) возникающими вследствие прижатия чем-либо извне, 3) возникающими вследствие закупорки каким-либо инородным телом, 4) развивающимися на почве стриктур и 5) судорожными.

Врожденные сужения пищевода, хотя и наблюдаются весьма редко, все же должны быть принимаемы во внимание при патогенетическом дифференцировании отдельных случаев. Из литературы мне известно 3 случая, где глотание было затруднено с раннего детства, но больные умерли в пожилом возрасте: двое от общего истощения, один — от рака привратника. В одном случае (Everard'a Ohm'a) дело шло о женщине 59 лет, у которой при вскрытии позади первого кольца дыхательного горла было обнаружено правильное кольцеобразное сужение пищевода; во втором случае (Cassin'a) имелась почти полная атрезия входной части пищевода, и тем не менее больной прожил до 77 лет; в третьем случае (Zenker'a) у швеи 66 лет существовало врожденное сужение пищевода, но какой степени, — указаний я не нашел. Интересно отметить, что атрезии пищевода в анатомическом смысле никому до сих пор наблюдать не приходилось (Conheim).

Дисфагии вследствие прижатия обуславливаются смещением или увеличением соседних органов, причем здесь они обычно носят интриттирующий характер (иллюзорный по Bufford'y) и, в зависимости от вызывающей их причины, могут давать и благоприятный прогноз *quoad vitam*. Опухоли, аневризмы аорты, околопищеводные абсцессы, наполненные пищевыми массами дивертикулы — вот те причины, которые могут, сдавливая в той или иной степени просвет пищевода, обуславливать различную степень его непроходимости. Эта группа дисфагий представляется наиболее интересной, так как, считаясь с значительным количеством органов, располагающихся по соседству с пищеводом, а с другой стороны имея в виду разнообразие и пестроту картины болезненных явлений, которые при этом могут наблюдаться, мы должны твердо помнить, что от точной и своевременной установки именно такого патогенеза дисфагии зависит если не полное устранение ее путем соответствующего вмешательства, то продление жизни больного, с субъективным и объективным улучшением его состояния, как это мы и наблюдали у нашего первого больного. Правда, больной этот находится постоянно под Дамокловым мечем, но все же пока он в состоянии есть, пить, спать, гулять, заниматься легкой работой.

Сужения пищевода могут быть, далее, вызваны закупоркой его различными *посторонними телами* — длинными стебельчатыми полипами, спускающимися сюда из полости рта, массами *soor'a* и, наконец, опухолями, исходящими из стенок самого пищевода, большею частью ракового характера. По указанию Rosenheim'a, в 90% сужение пищевода зависит именно от рака его, тогда как на долю всех остальных причинных моментов падает лишь 10%.

Могут, затем, дисфагии зависеть от *структурных изменений самих стенок пищевода* — их рубцового перерождения и, может быть, гипертрофии мышечных слоев стенки. Последний момент, впрочем, берется некоторыми авторами под сомнение, значение же первого несомненно, причем стягивающие пищевод рубцы могут возникать на почве сифилиса, tbc, после ожогов, — особенно минеральными кислотами и щелочами, — при острых инфекциях и т. д.

Последние две формы дисфагии—это дисфагия *спастического* характера, т. наз. эзофагоспазм со всем присущим ему симптомокомплексом, и дисфагия *паралитическая* когда акт глотания бывает затруднен и даже может быть совершенно невозможен вследствие утраты пищеводными мышцами способности к перистальтическим сокращениям. При обоих формах бывает поражен нервно-мышечный прибор пищевода в зависимости от заболеваний, локализирующихся где-нибудь в головном или спинном мозгу. Спастические дисфагии в большинстве случаев могут быть названы иллюзорными, так как обычно, благодаря принятым лечебным мероприятиям, такие дисфагии не носят угрожающего жизни больного характера и могут быть излечены. По Schlesinger'у, явления спастической дисфагии чаще разыгрываются в верхней трети пищевода.

В заключение приведу классификацию дисфагий, предложенную одним из видных старых клиницистов, именно, Oppolzer'ом, который, совершенно не упоминая о врожденных сужениях пищевода, обуславливающих дисфагию, различает лишь следующие ее формы: *dysphagia inflammatoria, spastica, paralytica, organica et lusoria.*

Prof. W. G. B o s c h o w s k y (Tobolsk). Zur Frage über die Dysphagie. Zum Grund dieser Mitteilung sind zwei von dem Autor beobachteten Fälle der Dysphagie gelegt, wobei in einem von ihnen die Ursache der Dysphagie das Aneurisma der Aorta thoracica war, in dem anderen—cancer oesophagi mit Metastasen in die rechte Lunge. Bei anfänglicher Untersuchung haben sich beide Fälle pathogenetisch identisch vorgestellt und nur in weiterem gelang es dem Autor aufzuklären, dass die Dysphagie in einem und anderem Falle von verschiedenen Ursachen abhängt.
