

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00168&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00168. Дисфагія та відчуття клубка в горлі (globus pharyngeus)

Автори: Antti Mäkitie, Eero Sihvo, Sari Atula
Редактор оригінального тексту: Jukka Pekka Jousimaa
Дата останнього оновлення: 2017-03-01

Основні положення

- Слід ідентифікувати дисфагію та негайно скерувати пацієнта на подальші обстеження. Дисфагію слід диференціювати з відчуттям грудки в ділянці глотки (відчуття клубка в горлі).
- За підозри на відчуття клубка в горлі необхідно виключити можливість органічного ураження.
- Дисфагія є більш рідкісним і серйозним симптомом, ніж інші симптоми зі сторони верхніх відділів черевної порожнини.
- Дисфагія також може бути проявом неврологічного стану, який зазвичай супроводжуватиметься й іншими симптомами.

Визначення

- При дисфагії їжа не проходить в напрямку глотки чи застряє у стравоході після ковтання (ротова, глоткова і стравохідна фази ковтання).
- Відчуття клубка проявляється періодичним чи постійним відчуттям стороннього тіла, тиску чи дискомфорту в горлі, на рівні верхнього стравохідного сфінктера. Зазвичай при цьому не виникає болю, труднощів при ковтанні чи втрати ваги.

Анамнез

- Пацієнти зазвичай звертаються за медичною допомогою лише через кілька тижнів, місяців, чи навіть років від появи симптомів. Швидке погіршення симптомів або важка дисфагія, що значно турбує пацієнта, спонукають до швидшого звернення за консультацією.
- До неврологічних причин, що викликають дисфагію, належать:
 - ураження верхнього моторного нейрона (псевдобульбарний парез; наприклад, внаслідок інфаркту мозку)
 - ураження нижнього моторного нейрона (бульбарний парез; наприклад, БАС)
 - порушення нервово-м'язового з'єднання (міастенія [настанова 00795] Міастенія та міастенічни...)
 - м'язові порушення.
- Дисфагія рідко є єдиним симптомом неврологічного захворювання і часто вона розвивається вже на його пізніх стадіях. Хвороба моторного нейрона — боковий аміотрофічний склероз (БАС [настанова 00799] Бічний аміотрофічний скл...) є одним із небагатьох неврологічних станів, при яких дисфагія може бути першим симптомом.
- Відчуття клубка в горлі частіше зустрічається серед молоді та у жінок. Це може бути пов'язаним з психологічними проблемами, з якими стикається пацієнт, і симптоми часто пов'язані зі страхом захворіти на рак.

Етіологія дисфагії

Доброякісні причини

- Доброякісні пухлини голови і шиї
- Гіпертрофія мигдаликів, остеофіти шийного відділу хребта
- Езофагіт і звуження стравоходу, спричинені гастроєзофагальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ)
- Спазм верхнього стравохідного сфінктера
- Пухлина щитоподібної залози, гіперплазія щитоподібної залози
- Дивертикул стравоходу

- Вроджені стенози стравоходу
- Рубцева стриктура стравоходу, спричинена корозійним пошкодженням
- Порушення моторики стравоходу (ахалазія, дифузний спазм, “стравохід лускунчика”)
 - Найбільш поширеною причиною розширення стравоходу є ахалазія (порушення відкриття нижнього стравохідного сфінктера в поєднанні з розладом моторики стравоходу).
- Системні захворювання, які порушують моторику стравоходу (склеродермія)
- Велика діафрагмальна кила

Злоякісні причини

- Рак структур голови і шиї [настанова 00994 | Злоякісні новоутворення ...]
- Рак стравоходу
- Рак кардіальної частини шлунка
- Інші злоякісні пухлини в грудній порожнині (рак легень чи рак плеври)

Фактори ризику

- Факторами ризику розвитку плоскоклітинного раку стравоходу є куріння, вживання алкоголю і, зокрема, їхнє надмірне комбіноване споживання.
- Найважливішими факторами ризику для аденокарциноми є важкі форми ГЕРХ і стравохід Барретта.

Неврологічні причини

- Інфаркт мозку чи кровотеча [настанова 00759 | Інфаркт мозку (ішемічний...)]
[настанова 00761 | Внутрішньомозковий крово...]
- Судинна деменція [настанова 00755 | Когнітивні порушення суд...]
- Хвороба Альцгеймера [настанова 00756 | Хвороба Альцгеймера]
- Хвороба Паркінсона [настанова 00798 | Хвороба Паркінсона]
- Розсіяний склероз [настанова 00801 | Розсіяний склероз (РС)]
- М'язові порушення [настанова 00794 | Спадкові міопатії]

- Міастенія [настанова 00795] [Міастенія та міастенічни...]
- Хвороба моторного нейрона (БАС) [настанова 00799] [Бічний аміотрофічний скл...]

Етіологія відчуття клубка в горлі

- Психологічні фактори
- Спазм верхнього стравохідного сфінктера
- Симптоми рефлюксу шлункового вмісту у стравохід
- Остеофіти шийного відділу хребта
- Гіперплазія або пухлина щитоподібної залози

Діагноз

Анамнез

- На якому етапі відбувається зупинка ковтання: у роті, в глотці чи у стравоході?
 - Відчуття клубка в горлі, як правило, наявне тільки під час ковтання повітря і зникає при проковтуванні їжі.
- Чи були у пацієнта симптоми порушень функції стравоходу в минулому, зокрема, симптоми ГЕРХ (печія, регургітація шлункового вмісту, утруднення ковтання, діафрагмальна кила)?
- Чи передувало появі симптомів корозійне ушкодження (прийом медикаментів, випадкове проковтування їдкої речовини)?
- Чи є прогресування симптомів?
- Чи є у пацієнта симптоми системні прояви, зміни у загальному стані здоров'я, втрата ваги?
- Чи є у пацієнта неврологічні або інші симптоми?
- Яка тривалість симптомів?

Гостра дисфагія

- Сильний біль, лихоманка та ознаки шоку можуть свідчити про перфорацію стравоходу, що є небезпечним для життя (летальність 20–50%).
- Сильний біль у верхній частині живота або грудній клітці може свідчити про наявність защемленої діафрагмальної кили.

- Гостра дисфагія у поєднанні з ознаками інфекції: фарингіт або фарингеальний абсцес [настанова 00007 | Фарингіт і тонзиліт]. Необхідно мати на увазі можливість виникнення епіглотиту у пацієнтів з лихоманкою та погіршенням загального стану [настанова 00616 | Епіглотит та супраглотит...].
- Якщо стороннє тіло чи великий шматок їжі застрягли у стравоході, слід визначити причину застрягання.
- Поєднання неврологічних симптомів і дисфагії може свідчити про вертебро-базиллярну ішемію. До інших симптомів порушення заднього мозкового кровообігу належать геміпарез і одностороннє порушення чутливості, запаморочення, утруднення мови та диплопія.

Дисфагія, що триває кілька тижнів чи місяців

- Дисфагія, яка розвивається повільно, протягом кількох тижнів або місяців і пов'язана з втратою ваги, у літньої людини дає вагомі підстави думати про пухлину, а у молодій людини може свідчити про ахалазію або звуження стравоходу, викликане рефлюксною хворобою.
- Сильний короткотривалий біль, пов'язаний із проходженням шматка їжі, наводить на думку про утворення стравохідної стриктури (злаякісної чи доброякісної).
- Якщо дисфагія є єдиним симптомом, слід також враховувати можливість хвороби моторного нейрона; інші неврологічні ознаки допоможуть у діагностиці цих захворювань.

Хронічна дисфагія, що триває кілька років

- Інтермітуюча дисфагія, що триває більше року, свідчить про функціональний розлад стравоходу. Найпоширенішою є ахалазія.
- Періодична поява симптомів, які не можуть бути пов'язаними з консистенцією проковтнутої їжі, можуть вказувати на психогенну проблему (наприклад, анорексію, див. [настанова 00690 | Розлади харчової поведін...]).
- Може бути пов'язана з важкими формами неврологічних захворювань.

Обстеження

Обстеження в первинній медичній допомозі

- Обстеженням першої лінії є фізикальний огляд: перевірка ротової порожнини і глотки, пальпація дна ротової порожнини, язика і мигдаликів, пальпація місцевих лімфовузлів і шиї, обстеження черепних нервів
- Рентген органів грудної клітки, ЕКГ, загальний аналіз крові із підрахунком тромбоцитів, СРБ, ШОЕ
- Непряма ларингоскопія нижнього відділу глотки та гортані
- Якщо пацієнт здатен ковтати нормально, а їжа, судячи з усього, застрягає нижче, методом вибору є езофагогастроскопія. Зазвичай, макроскопічних висновків достатньо для диференціації між доброякісними пошкодженнями стравоходу (езофагіт, стриктура, дивертикул) і злоякісними новоутвореннями. Гістологічне дослідження підтвердить висновки. Дилатація стравоходу свідчить про ахалазію, однак, функціональні розлади не можуть бути точно діагностовані за допомогою езофагоскопії.
- Рентгенографія органів грудної клітки показана у випадках тривалого відчуття клубка в горлі.

ЛОР-обстеження та хірургічне дослідження шлунка

- Важливим дослідженням є назоларингоскопія, що проводиться під місцевою анестезією, з допомогою гнучкого волоконно-оптичного ендоскопа. Волоконно-оптична ендоскопічна оцінка ковтання може також проводитись ЛОР-спеціалістом/фоніатром. Під час тесту гнучкий ендоскоп використовується для спостереження за проходженням речовин різної густини через рот і глотку.
- Методом вибору є ендоскопія нижнього відділу глотки і верхнього відділу стравоходу жорстким ендоскопом під загальною анестезією, принаймні, для тих пацієнтів, які відчувають симптоми дисфагії в ділянці нижньої частини глотки та у випадках, коли симптоми та інші знахідки заставляють серйозно підозрювати злоякісний процес.
- У випадку, коли неможливо встановити діагноз з допомогою ендоскопії, рекомендується дослідження стравоходу з подвійним контрастуванням (відео-флюорографічне дослідження, де

використовується флюороскоп, для спостереження за проходженням проковтнутої барієвої суміші з ротової порожнини до шлунка).

- Якщо підозрювана причина дисфагії знаходиться у стравоході, необхідна езофагоскопія.
- Якщо симптоми відчуття клубка в горлі персистують, варто проконсультуватись із ЛОР-спеціалістом. Див. також хронічний фарингіт [Настанова L00875 | Хронічний фарингіт].
 - Рентгенографія нижнього відділу глотки і стравоходу
 - За необхідності, проведення гіпофаринго-езофагоскопії під загальною анестезією за допомогою жорсткого ендоскопа.
 - Ультразвукове дослідження шиї
- Показання до радіографічного дослідження стравоходу і шлунка:
 - Дилатацію стравоходу можна точно оцінити лише шляхом радіографічного дослідження.
 - Радіографічне дослідження є надійнішим, ніж ендоскопія для оцінки розміру і локалізації дивертикулів стравоходу.
 - Також є корисним для оцінки розміру і типу діафрагмальної киля.
- Манометрія
 - Манометричне дослідження тиску в стравоході використовується для аналізу моторної функції як стравоходу, так і верхнього та нижнього стравохідних сфінктерів. Дослідження показане за підозри на функціональний розлад або у випадку планового оперативного втручання при ГЕРХ.
- 24-годинний стравохідний рН моніторинг
 - Можна підтвердити кислотний рефлюкс у стравохід.
 - Якщо наявна стриктура стравоходу невідомої етіології (без типових симптомів кислотного рефлюксу чи корозійного пошкодження в анамнезі), після розширення стриктури можна визначити ступінь рефлюксу шляхом стравохідного рН моніторингу.

Неврологічні обстеження

- Якщо є підозра на неврологічну дисфагію, пацієнт потребує консультації невролога. Обстеження проводяться відповідно до інших неврологічних симптомів та фізикального огляду.

- Якщо існують підстави підозрювати центральну етіологію, показано МРТ голови. Це може виявити причину як бульбарного, так і псевдобульбарного парезу.
- Хвороба моторного нейрона і міастенія, в основному, діагностуються за допомогою ЕНМГ дослідження.
- У випадку підозри на м'язове порушення може виникнути потреба у доповненні ЕНМГ дослідження іншими спеціалізованими обстеженнями, такими як МРТ і біопсія м'язів.

Лікування [доказ 06292 |D]

Стриктуря стравоходу

- Методом вибору є ендоскопічна дилатація.
- Якщо причиною стриктури є ГЕРХ [настанова 00170 |Гастроезофагеальна рефлю...], переважно запобігають кислотному рефлюксу з допомогою медикаментів або, за потреби, шляхом проведення антирефлюксних хірургічних операцій.
- За потреби розширення стравоходу можна повторити.

Карцинома [доказ 02449 |C] [доказ 06680 |A]

- Якщо пухлина не проросла до сусідніх структур грудної клітки (трахеї, аорти, середостіння) чи не метастазувала, перша лінія лікування включає в себе резекцію: самостійно, або в комбінації з цитотоксичними препаратами і, можливо, променевою терапією. Видалений стравохід замінюють трубкою, реконструйованою із шлунка або кишківника.
- У інших випадках лікування є паліативним. Метою лікування є збереження функції стравоходу для харчування. Найпоширенішим підходом є встановлення стравохідного стенту.

Порушена моторна функція стравоходу [доказ 03165 |B]

- До процедур, які покращують здатність пацієнта харчуватися при ахалазії, належать ендоскопічна балонна дилатація нижнього стравохідного сфінктера, і хірургічне розсічення його м'язів (міотомія за Геллером). Хірургічне втручання рекомендоване для молодих пацієнтів, балонна дилатація — для всіх інших.

- Дифузний стравохідний спазм і “стравохід лускунчика” лікують блокаторами кальцієвих каналів, такими як ніфедипін. При важких симптомах можливо також зробити надріз м'язового шару стравоходу.

Дивертикули стравоходу

- Якщо дивертикул зумовлює симптоматику (дисфагія чи регургітація), показане хірургічне видалення.

Неврологічні захворювання

- Див. статті, що відповідають кожному захворюванню (посилання-вище).

Підозра на відчуття клубка в горлі

- Запевнити пацієнта, що це стан функціонального походження.
- Антациди або інгібітори протонної помпи.

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [\[пов'язані|00172|Dysphagia and globus sen...\]](#)
- Інші огляди доказових даних [\[пов'язані|00172|Dysphagia and globus sen...\]](#)
- Література [\[пов'язані|00172|Dysphagia and globus sen...\]](#)

Джерела інформації

R1. Järvenpää P, Laatikainen A, Roine RP et al. Symptom relief and health-related quality of life in globus patients: a prospective study. Logoped Phoniatr Vocol 2017;():1-6. [\[PubMedID|29119844\]](#)

R2. McGlashan JA, Johnstone LM, Sykes J et al. The value of a liquid alginate suspension (Gaviscon Advance) in the management of laryngopharyngeal reflux. Eur Arch Otorhinolaryngol 2009;266(2):243-51. [\[PubMedID|18506466\]](#)

R3. Dumper J, Mechor B, Chau J et al. Lansoprazole in globus pharyngeus: double-blind, randomized, placebo-controlled trial. J Otolaryngol Head Neck Surg 2008;37(5):657-63. [\[PubMedID|19128672\]](#)

Настанови

- [Настанова 00795](#). Міастенія та міастенічний синдром.

- [Настанова 00799](#). Бічний аміотрофічний склероз (БАС).
- [Настанова 00994](#). Злоякісні новоутворення голови та шиї.
- [Настанова 00759](#). Інфаркт мозку (ішемічний інсульт).
- [Настанова 00761](#). Внутрішньомозковий крововилив.
- [Настанова 00755](#). Когнітивні порушення судинного генезу та деменція.
- [Настанова 00756](#). Хвороба Альцгеймера.
- [Настанова 00798](#). Хвороба Паркінсона.
- [Настанова 00801](#). Розсіяний склероз (РС).
- [Настанова 00794](#). Спадкові міопатії.
- [Настанова 00007](#). Фарингіт і тонзиліт.
- [Настанова 00616](#). Епіглотит та супраглотит у дорослих.
- [Настанова 00690](#). Розлади харчової поведінки в дітей і підлітків.
- [Настанова 00875](#). Хронічний фарингіт.
- [Настанова 00170](#). Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба.

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 06292](#). Treatment of dysphagia in long-term, chronic muscle disease.
Дата оновлення: 2017-07-14
Рівень доказовості: D
Резюме: There is insufficient evidence on the effectiveness of different treatments in the management of dysphagia in chronic muscle disease.
- [Доказовий огляд 02449](#). Preoperative chemotherapy in esophageal carcinoma.
Дата оновлення: 2015-07-14
Рівень доказовості: C
Резюме: Preoperative chemotherapy may plus surgery offers some advantage in survival compared to surgery alone for resectable thoracic esophageal cancer.
- [Доказовий огляд 06680](#). Interventions for dysphagia in inoperable oesophageal cancer.
Дата оновлення: 2015-07-14
Рівень доказовості: A
Резюме: Self-expanding metal stent insertion (SEMS) is safe, effective and quicker in palliating dysphagia compared to other modalities. However, high-dose intraluminal brachytherapy is a suitable alternative and might provide additional survival benefit with a better quality of life.
- [Доказовий огляд 03165](#). Endoscopic pneumatic dilation versus botulinum toxin injection in the management of primary achalasia.
Дата оновлення: 2015-07-14
Рівень доказовості: B
Резюме: Pneumatic dilatation (PD) is the more effective than botulinum toxin (BTX) treatment in the long term (greater than six months) for patients with achalasia.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.
Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.
Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00168 Ключ сортування: 003.007 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-03-01

Автор(и): Antti Mäkitie Eero Sihvo Sari Atula Автор(и) попередніх версій статті: Jouko Isola uri Редактор(и): Jukka Pekka Jousimaa
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії

EBM Guidelines General practice Surgery Gastroenterology Otorhinolaryngology

Ключові слова індексу

mesh: Deglutition Disorders Dysphagia Globus speciality: Gastroenterology speciality: Otorhinolaryngology
speciality: Surgery mesh: Manometry mesh: Esophagitis, Peptic mesh: Diverticulum mesh: esophageal carcinoma
mesh: Esophageal Stenosis mesh: Diverticulum, Esophageal mesh: esophageal achalasia mesh: Esophageal Perforation
mesh: Heller's operation mesh: Esophageal Neoplasms mesh: Gastroesophageal Reflux mesh: swallowing pain
mesh: esophageal pH monitoring mesh: Gastroscopy mesh: Esophagitis mesh: esophageal dilatation
mesh: Esophageal Motility Disorders icpc-2: D21