

# Дисфагия: рутинно или фатально?

Типоспецифическое ведение больных с нейрогенной дисфагией в практике ангионевролога

Дроздова Е.А.  
К.м.н.,  
невролог,  
нейропсихолог-афазиолог



# Дисфагия – это важно?

Дисфагия

25-50% пациентов  
с острыми  
инсультами

Аспирация  
слюны и пищи

Аспирационная  
пневмония

Дыхательная  
недостаточность

90-95% пациентов в  
поздней стадии  
болезни Паркинсона

Исход  
заболевания?

# А чьих вы будете?...

- Специалист по глотанию?
- Логопед?
- Врач-эндоскопист?
- Отоларинголог?
- Невролог?



# Нормативно-правовая база

**Национальная ассоциация по борьбе с инсультом  
Всероссийское общество неврологов  
Ассоциация нейрохирургов России  
МОО Объединение невроанестезиологов и  
нейрореаниматологов  
Общероссийская общественная организация  
содействия развитию медицинской  
реабилитологии «Союз реабилитологов России»**

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДИСФАГИИ  
ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ  
НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

**Москва 2013**

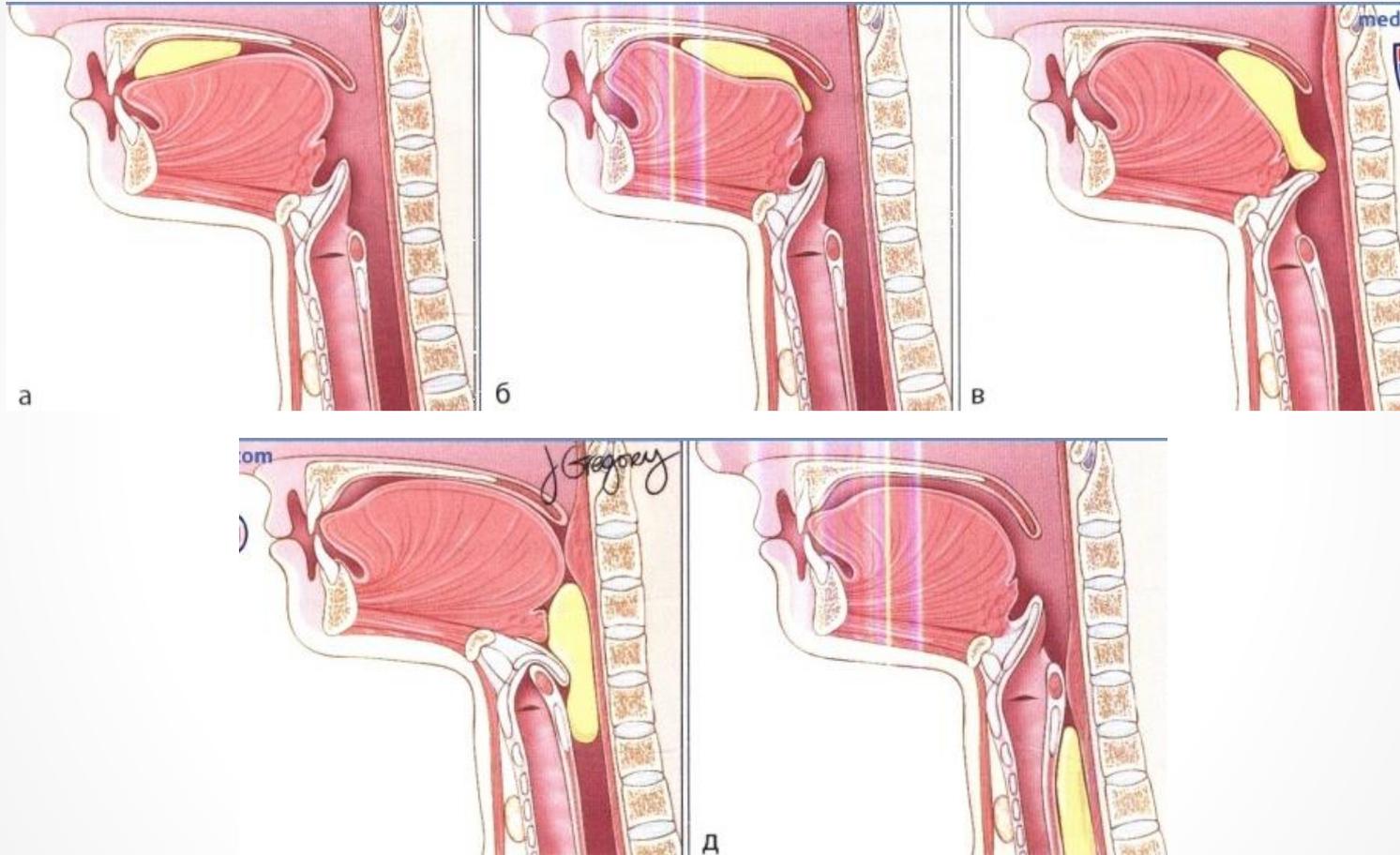
**Глотание** – последовательность  
координированных произвольных и  
рефлекторных движений, обеспечивающих  
продвижение содержимого полости рта в  
пищевод и желудок

Федеральные клинические рекомендации  
по диагностике и лечению дисфагии  
при заболеваниях ЦНС, 2013г

## ДИСФАГИЯ = НАРУШЕНИЕ ГЛОТАНИЯ

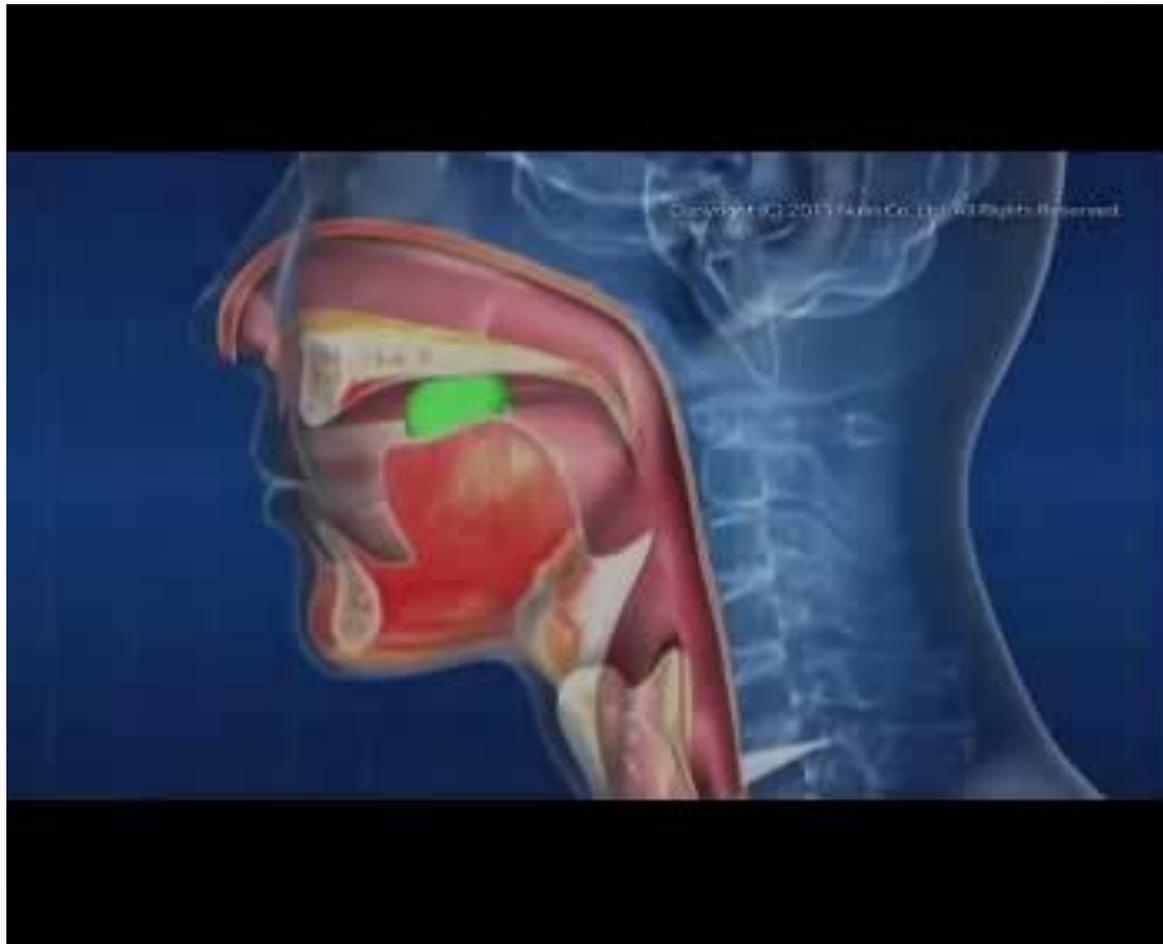
**Нейрогенная дисфагия** – это любое  
нарушение глотания, развивающееся  
вследствие заболевания (повреждения)  
нервной системы

# Глотание в норме



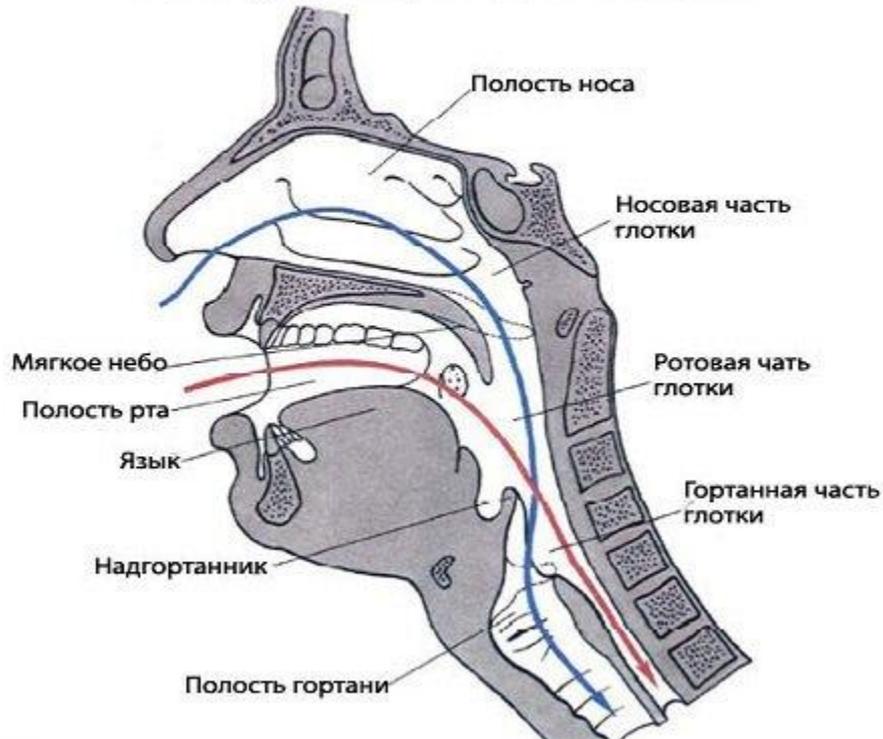
В среднем человек глотает порядка 600 раз в сутки, из них только 200 – во время еды

# Глотание в норме



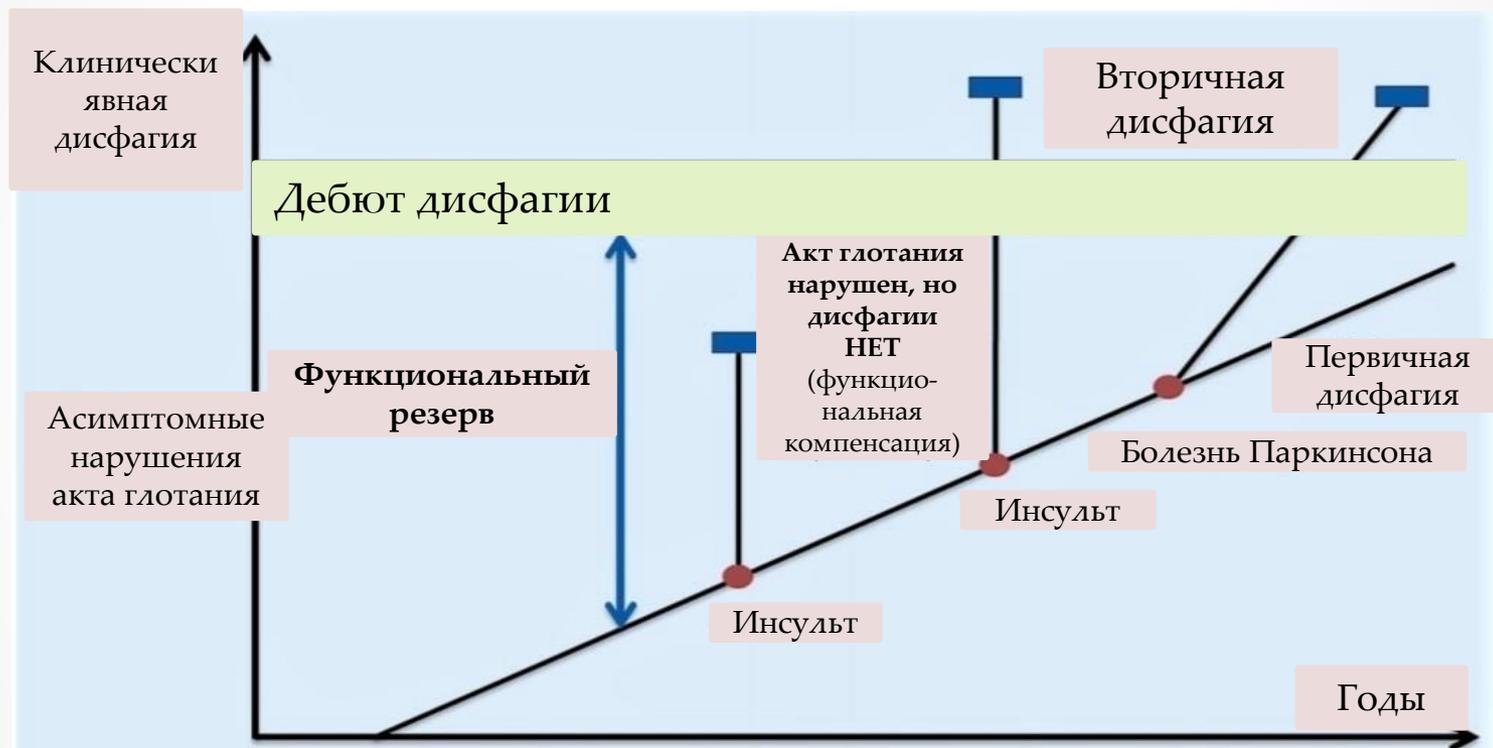
# Защита от аспирации при глотании

Схема дыхательного (синяя линия) и пищеварительного (красная линия) путей и их пересечения в области глотки



- Закрытие гортани
  - опускание надгортанника
  - подъем гортани
  - приведение печатки перстня
  - напряжение черпало-надгортанной складки
  - сокращение ложных голосовых складок
  - сокращение голосовых складок
- Задержка дыхания при глотании
- Кашель

# Особенности развития дисфагий



Асимптомно существующее расстройство акта глотания становится клинически значимым при присоединении разнообразных дополнительных факторов (инсульт, болезнь Паркинсона, др.нейродегенерации, любые астенизирующие соматические заболевания)

# Нарушение глотания

СПЕЦИФИЧЕСКОЕ

Нейрогенная,  
миогенная,  
психогенная и т.п.  
дисфагия

НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЕ

Нарушение глотания  
на фоне общей  
слабости,  
анатомических  
дефектов,  
воспалительных  
заболеваний полости  
рта и зубов

# Клинические типы дисфагий

## ХРОНИЧЕСКАЯ ПОСТИНСУЛЬТНАЯ

- Значительное подтекание пищи из полости рта
- Замедление перемещения пищевого комка в полости рта
- Замедление проглатывания
- Снижение амплитуды поднимания глотки
- Нарушение открытия верхнего пищеводного сфинктера

## БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА

- Задержка пищевых масс в полости рта и в глотке
- Оральная диспраксия с нарушением перемещения пищевого комка в полости рта
- Замедление проглатывания
- Снижение амплитуды поднимания глотки

## БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА

- Подтекание пищи из полости рта
- Задержка пищевых масс в полости рта, неполное проглатывание, задержка пищи в ямке надгортанника и грушевидных пазухах – вследствие соматосенсорного дефицита
- Снижение перистальтики и спазмы пищевода

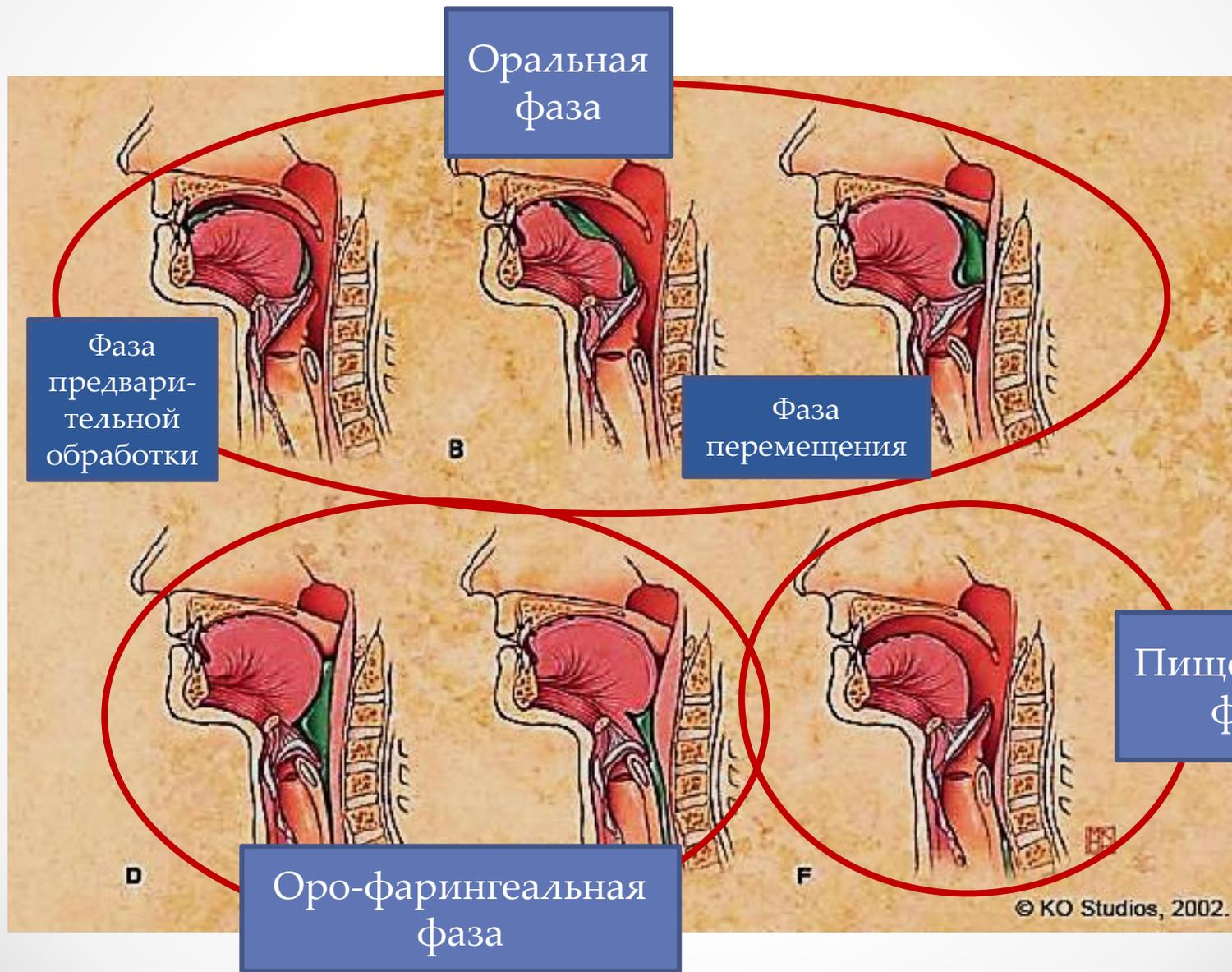
# Уровни «специфического» повреждения

- кора
- подкорка
- СТВОЛ
- нервы
- МЫШЦЫ, СВЯЗКИ
- СЛИЗИСТАЯ ПИЩЕВОДА

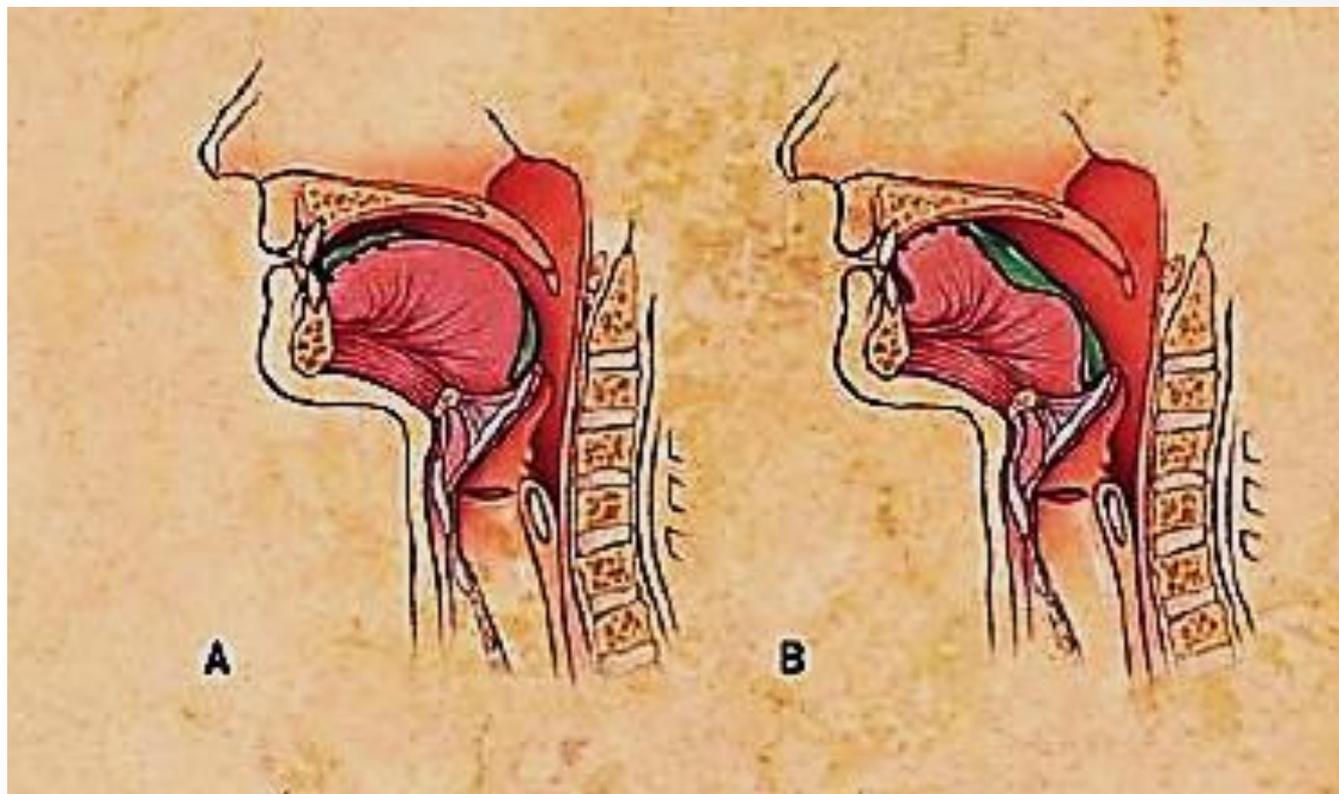
# Виды (уровни) нейрогенной дисфагии

- «Корковая» или апраксическая
- Экстрапирамидная  
(гиперкинетическая)
- Мозжечковая (атактическая)
- Псевдобульбарная
- Бульбарная

# Фазы глотания



# Оральная фаза глотания



# Причины нарушения оральной фазы глотания

- Снижение уровня сознания
- Когнитивное снижение
- Общая слабость, истощаемость
- Дефекты зубного ряда
- Парез, апраксия, гиперкинез мимической мускулатуры, мышц языка, жевательных мышц
- Снижение всех видов чувствительности слизистой полости рта

Основа коррекции нарушений  
оральной фазы глотания -  
соблюдение

**ПРАВИЛ КОРМЛЕНИЯ  
ПАЦИЕНТОВ**

# Коррекция нарушений оральной фазы глотания

- Строгое соблюдение правил кормления.
- Тщательный индивидуальный подбор консистенции, температуры, характера пищи.
- Артикуляционная, мимическая, дыхательная гимнастика.
- Стимуляция рефлексорного сглатывания кислыми продуктами или горечами – при апраксии, дискоординации.
- Своевременное расширение двигательного режима.
- Ортопедическая коррекция (использование зубных протезов).
- Нейротрофическая терапия, ИАХЭ.

# ДОВЕРЯЙ, НО ПРОВЕРЯЙ!!!

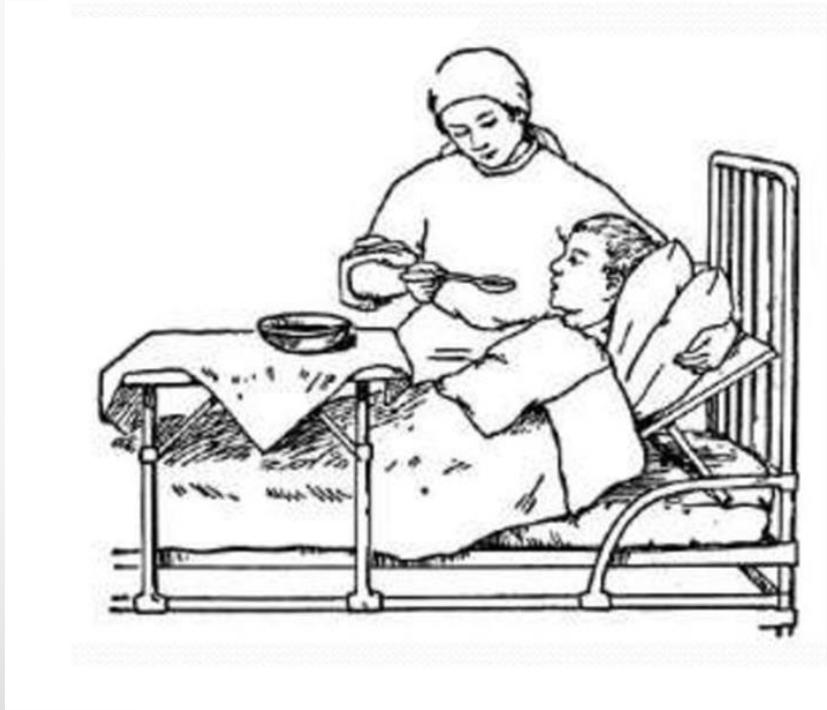
Порядок предварительной и текущей оценки глотания лечащим врачом, палатной медсестрой, ухаживающими лицами

- Осмотр
- Оценка глотания продуктов различной консистенции и объема
- Наблюдение за пациентом после приема пищи

# Подготовка к приему пищи

- Разбудить больного
- Придать правильное положение в постели
- Умыть больного
- Осмотреть и очистить полость рта
- Надеть нагрудник (салфетку, кусок ветоши) для защиты одежды от подтекающей пищи
- Приготовить посуду, ложку, салфетки влажные и сухие

# Позиционирование пациента для приёма пищи



# Позиционирование пациента при приёме пищи

- Возвышенное, фиксированное положение головы и верхней части туловища
- Голова с небольшим наклоном вперед, в среднем положении или частичный поворот в «здоровую» сторону



- По завершении кормления сохранить возвышенное положение не менее 30-ти минут

# «Насильно мил не будешь», или как **НЕ** надо кормить больного с дисфагией

В положении  
**ЛЕЖА** на спине  
или на боку

Со стороны  
**ПАРЕТИЧНОЙ**  
щеки

Если  
больной  
**СПИТ**

**НЕ**  
**ДОЗИРУЯ**  
болюс



# НЕДОПУСТИМО!

- Пероральное кормление ДО оценки функции глотания лечащим врачом
- Назначение медикаментов, снижающих уровень сознания и ухудшающих функцию глотания
- Кормить пациента быстро, лёжа и водой
- Поить через соломинку, «запивать» водой твёрдые продукты
- Заставлять сглатывать скопившуюся слюну
- Использовать хрупкую, скользкую, громоздкую (или, наоборот, очень маленькую) посуду

# НЕДОПУСТИМО!

- Кормить в некомфортной позе («Золотой стандарт» - опора спины, опора под ногами, паретичная рука на подушке или в поддерживающей косынке)
- Укладывать пациента сразу после еды
- Слишком горячая или слишком холодная пища (NB снижение чувствительности слизистой!)
- Кормление детским питанием
- Менее 1.5-2 литров жидкости в день
- Нарушение гигиены полости рта до и после кормления
- Отсутствие ежедневной повторной оценки функции глотания

# Требования к продуктам питания для пациента с дисфагией

- Гомогенность
- Индивидуальная густота
- Температура пищи = температура тела или чуть прохладнее
- Отсутствие «включений»
- Вид, вкус и запах блюда, приятные пациенту

# Хороша каша, да «НЕ НАША», или чем **НЕЛЬЗЯ** кормить больного с дисфагией



# Этапы подбора консистенции продуктов у пациентов с оральной дисфагией

1



Вода  
Сок, компот  
Бульон

2



Кисель  
Манная каша  
Овощное пюре

3



Желе, омлет  
Овсяная,  
рисовая каша

4



Банан, груша  
Печеное яблоко  
Отварные овощи

5



Хлеб без корочки  
Макаронны  
Суп с овощами

6



Отварное мясо  
(мелко нарезанное и  
куском), сыр, рыба

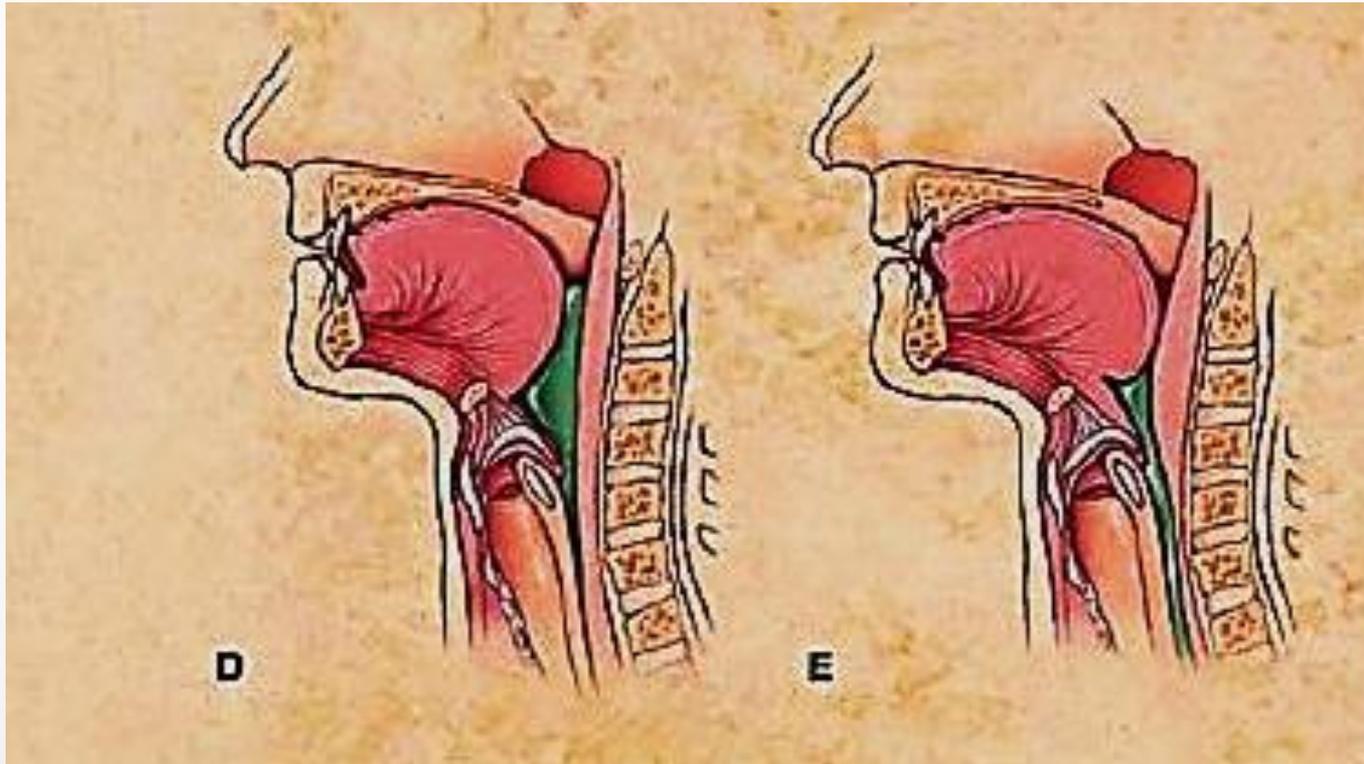
# ПРАВИЛА КОРМЛЕНИЯ лежащих больных

- Ложку подносим ко рту со «здоровой» стороны
- Болюс – не более 1 чайной ложки
- Темп – такой, при котором сохраняется ритм дыхания (пауза после болюса 5-20сек)
- После 4-6 болюсов – пауза 30сек
- Все продукты - с чайной ложки

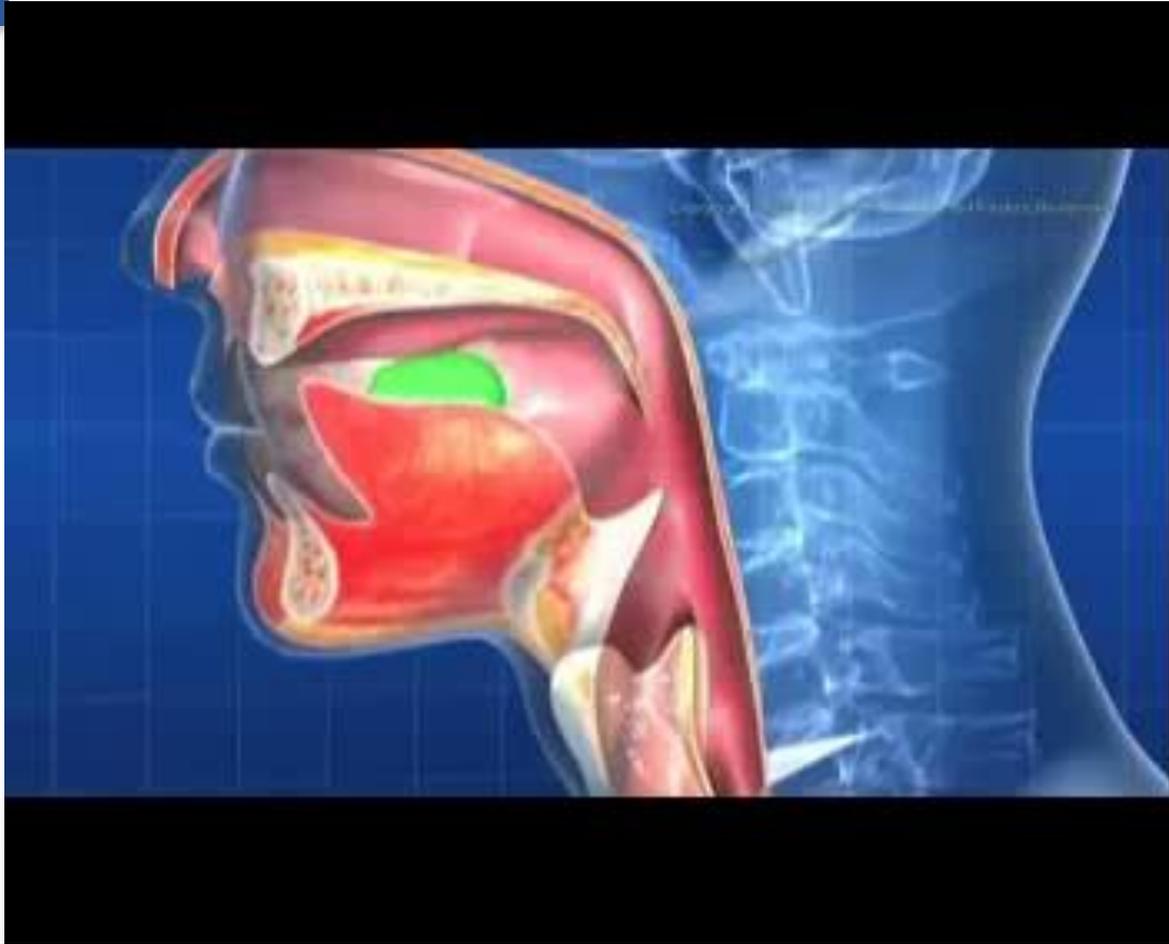
# Даже если больной – «ЗОНДОВЫЙ»

- Положение при кормлении и после – возвышенное
- Обязательная очистка полости рта «до» и «после» кормления
- Очистка рта в промежутках между приемами пищи – по мере накопления слизи, слюны, мокроты
- Между приемами пищи голова повернута в сторону (чаще и дольше – в «здоровую»)

# Орофарингеальная (ротоглоточная) фаза глотания



# Орофарингеальная дисфагия



# Уровни нарушения ротоглоточной фазы глотания

- Надъядерное поражение (корковый, экстрапирамидный, мозжечковый уровни)
  - Двухсторонние очаги (ишемические, посттравматические, дегенеративные) в коре, подкорковом белом веществе, подкорковых ядрах
- Ядерное поражение
  - Очаговые изменения (ишемические, посттравматические, дегенеративные) в ядрах продолговатого мозга
- Подъядерное поражение
  - Полиневропатии всевозможного генеза



Парез, дистония,  
атаксия  
**ГЛОТАТЕЛЬНОЙ  
МУСКУЛАТУРЫ**

# Бульбарный паралич

периферический паралич мышц языка, губ, мягкого неба, глотки, голосовых складок и надгортанника вследствие поражения IX, X и XII пар черепных нервов или их ядер, расположенных в продолговатом мозге

(анат. устар. bulbus [medullae spinalis]  
продолговатый мозг)

# Бульбарная дисфагия

## особенности

- МЫШЦЫ – гипо- или атоничны, гипо- или атрофичны мышц
- РЕФЛЕКСЫ – снижены нёбный, глоточный, нижнечелюстной, кашлевой
- ГИПЕРСАЛИВАЦИЯ
- ЯЗЫК - гипотоничный, влажный, бледный, не высовывается изо рта
- МИМИКА - ослаблена, обеднена
- ГОЛОС - гипо- или афония
- АРТИКУЛЯЦИЯ - гипо- или анартрия
- КАШЕЛЬ - слабый, «запаздывающий», неэффективный

# Псевдобульбарный паралич

Повреждение (двустороннее) выше ядер IX, X, XII нервов

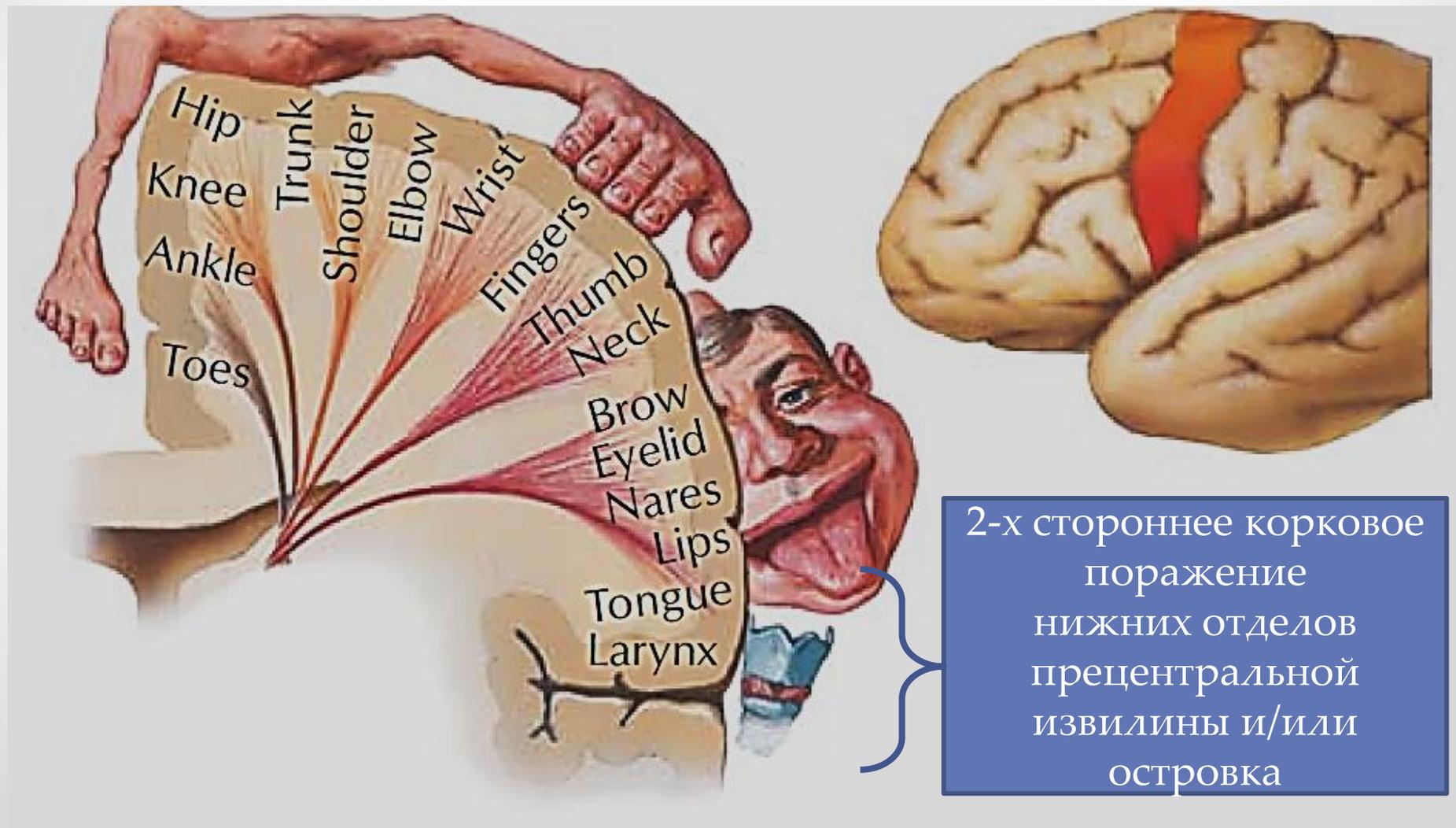
- Кора - нижние отделы прецентральной извилины и/или островок
- Подкорка – проводящие пути и подкорковые ядра

# Псевдобульбарная дисфагия

## особенности

- МЫШЦЫ – гипертоничны, атрофий НЕТ
- РЕФЛЕКСЫ – высокий нёбный, глоточный, нижнечелюстной, кашлевой
- ГИПЕРСАЛИВАЦИЯ
- ЯЗЫК - гиперемия, гипертонус, сухость, «не уместается» в полости рта
- МИМИКА напряженная, скованная
- ГОЛОС - специфические дисфонии
- АРТИКУЛЯЦИЯ - псевдобульбарная дизартрия
- КАШЕЛЬ - громкий, чрезмерный, затяжной, вплоть до апноэ

# Зона «корковой ответственности» при дисфагии



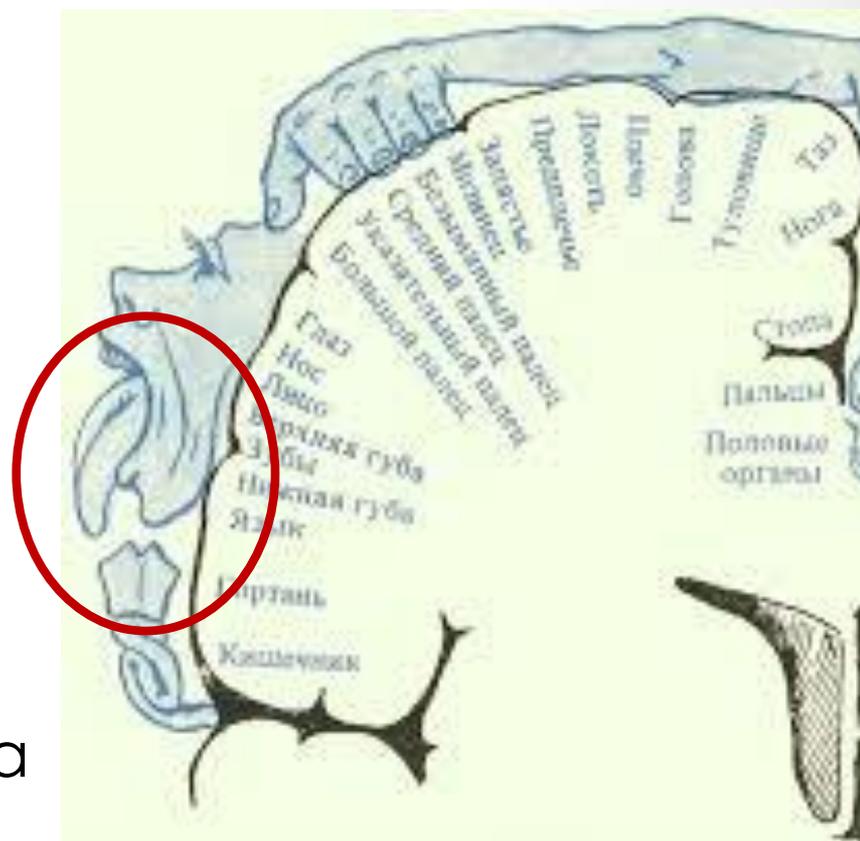
# Клинические особенности надъядерного и подъядерного типов орофарингеальной дисфагии

	Надъядерный тип	Ядерный тип
Кашель	<ul style="list-style-type: none"><li>- в начальной стадии глотания</li><li>- сильный, длительный</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- позднее, иногда – во сне</li><li>- тихий, слабый</li></ul>
Поперхивание	<ul style="list-style-type: none"><li>- часто, в начальной стадии кормления</li></ul>	редко, пациент не ощущает попадания пищи на связки
Голос	сиплый, грубая назализация, «взлаивающий»	афония, «глухая» назализация, «булькающий» голос при кормлении
Ритм дыхания	<ul style="list-style-type: none"><li>- нарушается с самого начала кормления</li><li>- одышка, тахипноэ</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- нарушается по ходу кормления или позднее в покое, во сне</li><li>- периоды апноэ, реже - одышка</li></ul>

# Корковая (апраксическая) дисфагия

## особенности

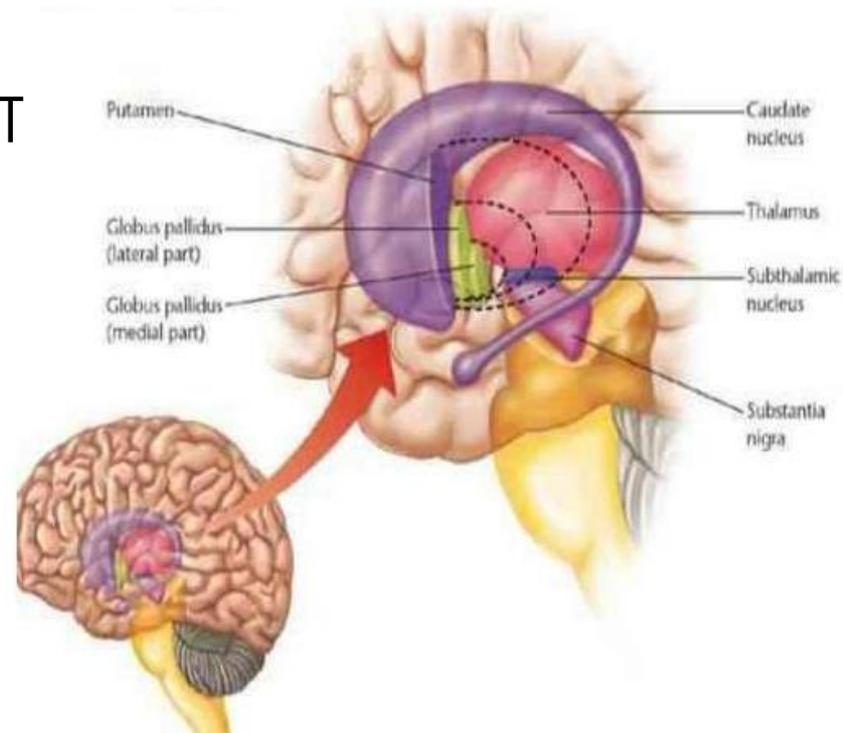
- МЫШЦЫ – тонус и сила изменены незначительно, атрофий НЕТ
- РЕФЛЕКСЫ – существенно НЕ изменены
- САЛИВАЦИЯ – НЕ изменена
- ГОЛОС и РЕЧЬ – часто афферентная моторная афазия и апраксия голоса



# Подкорковая дисфагия

## особенности

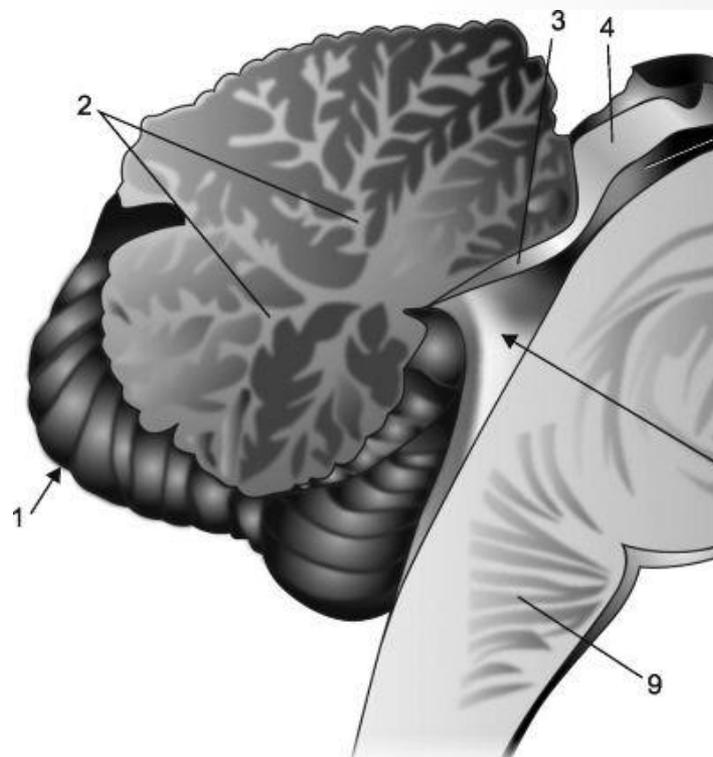
- МЫШЦЫ – гипертонус, гиперкинезы мимической мускулатуры, мышц языка, мягкого нёба, атрофий НЕТ
- РЕФЛЕКСЫ – высокий нёбный, глоточный, нижнечелюстной, кашлевой
- ГИПЕРСАЛИВАЦИЯ
- ГОЛОС и АРТИКУЛЯЦИЯ – экстрапирамидная дизартрия, дисфония



# Мозжечковая дисфагия

## особенности

- ПАТОГНОМОНИЧНО – дискоординация глотания и дыхания, икота
- МЫШЦЫ – гипотонус, дистония, НО! атрофий НЕТ
- РЕФЛЕКСЫ – высокие
- ГИПЕРСАЛИВАЦИЯ
- ГОЛОС и АРТИКУЛЯЦИЯ – мозжечковая дизартрия, дисфония («скандированная» речь)



# Ведение больных с орофарингеальной дисфагией

Направление воздействия	Меры
1. Коррекция питания	1-й этап. Постановка назогастрального зонда и полное зондовое питание. 2-й этап. «Смешанное» питание. 3-й этап. Постепенное расширение обычного питания.
2. Защита дыхательных путей	<ul style="list-style-type: none"><li>• Наложение герметичной трахеостомы</li></ul>
3. Логопедическая коррекция	<ul style="list-style-type: none"><li>• Логопедический массаж (стимулирующий при бульбарных расстройствах, расслабляющий при всех гипертонусных нарушениях).</li><li>• Гимнастика для улучшения функции глотания.</li><li>• Дыхательная гимнастика, сопряжение дыхания и глотания при экстрапирамидных и мозжечковых дисфагиях.</li></ul>
4. Физиотерапия	<ul style="list-style-type: none"><li>• Стимуляция глотательной мускулатуры с помощью различных приборов (вибростим, вокастим, СМТ, миотон и т.п.).</li></ul>

# Консистенция выручает?



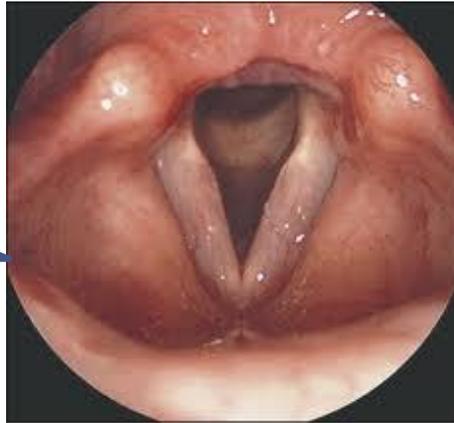
# Этапы подбора консистенции продуктов у пациентов с орофарингеальной дисфагией



# Показания для наложения герметизирующей трахеостомы

## АБСОЛЮТНОЕ

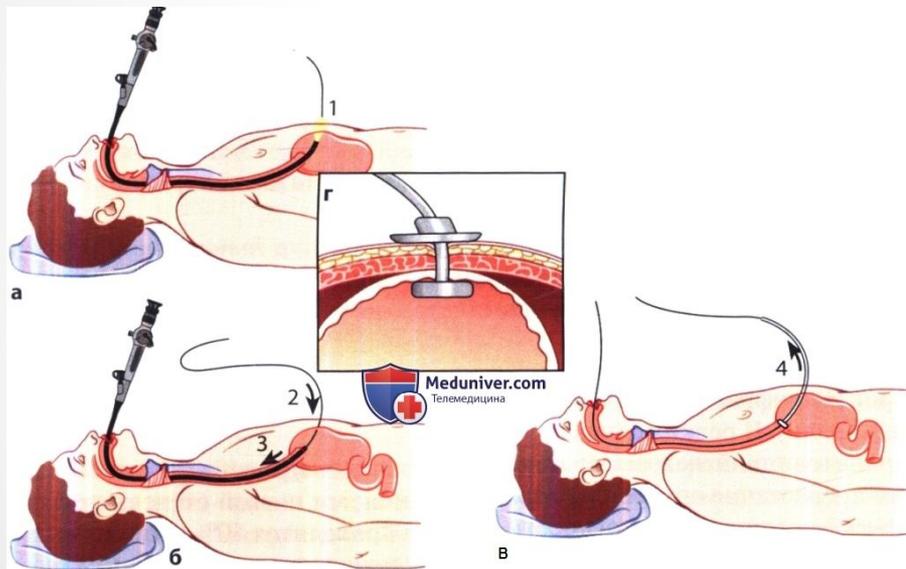
Арефлекторное зияние голосовой щели и неподвижность надгортанника при ларингоскопии



## ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ

- Частичное несмыкание голосовых связок
- Неполная подвижность надгортанника
- Прогнозируемое стойкое снижение уровня сознания от глубокого сопора и ниже
- Постоянное неконтролируемое затекание содержимого рото-носоглотки в трахею
- ...

# Показания для проведения чрескожной эндоскопической гастростомии



Чрескожная (эндоскопическая) гастростомия – установка специальной системы для питания в желудок через переднюю брюшную стенку под контролем эндоскопа.

Стойкое (свыше 4-8 недель) отсутствие перспективы восстановления произвольных и рефлекторных глотательных движений, достаточных для адекватного перорального питания

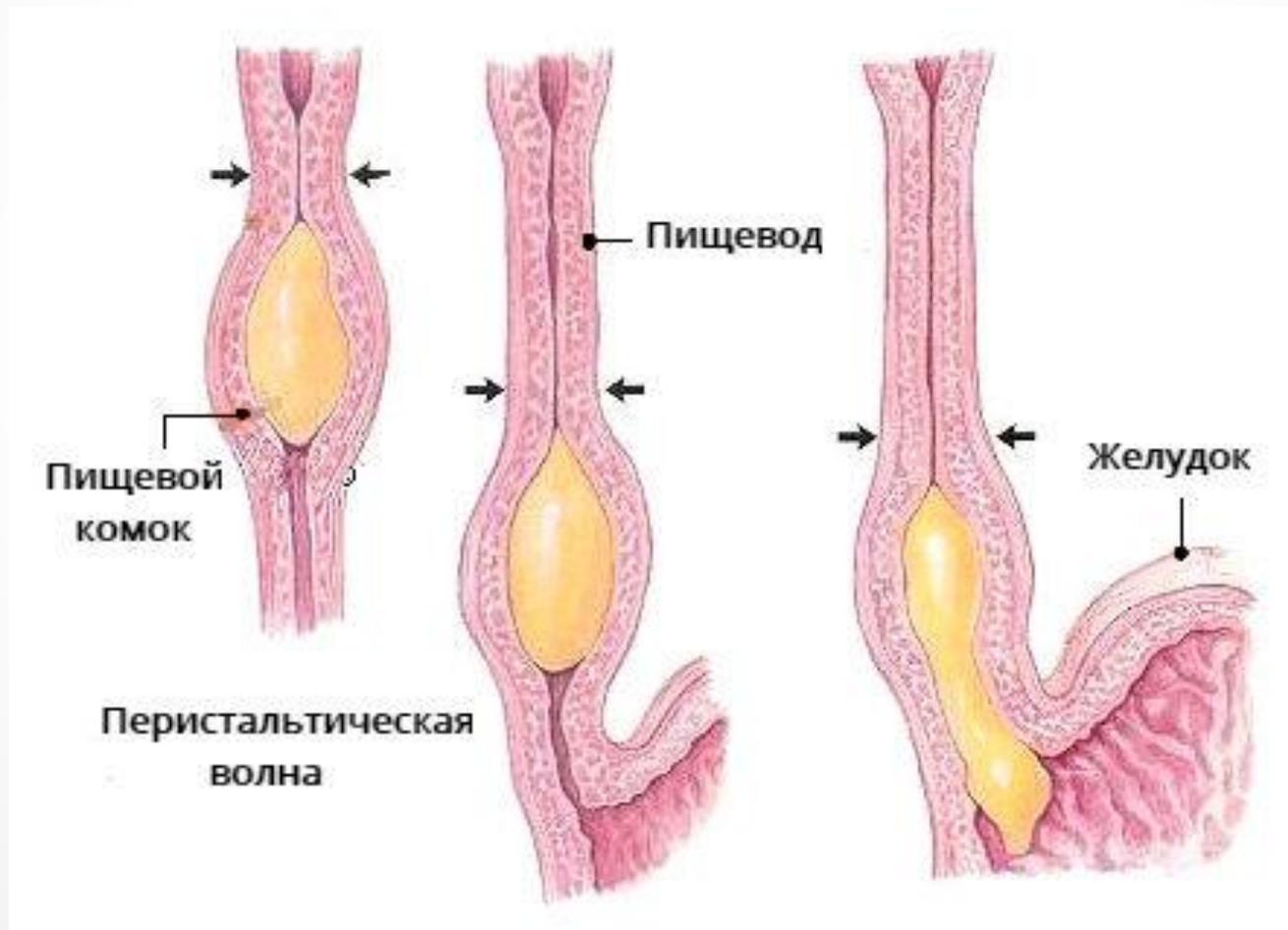


# Критерии готовности больного к снятию назогастрального зонда

- 10 мин
- 100мл
- Без поперхивания и одышки



# Пищеводная фаза глотания



# Причины нарушения пищеводной фазы глотания

- Амиотаксическая дисфагия
- Эзофагоспазм
- Новообразования, рубцовые стриктуры, атрезия пищевода
- Ахалазия кардии

# Коррекция расстройств пищеводной фазы глотания

- Ботулинотерапия
- Поведенческие приспособительные приемы
- Радикальное оперативное лечение
- Гастростомия

# Диагностика нарушений глотания

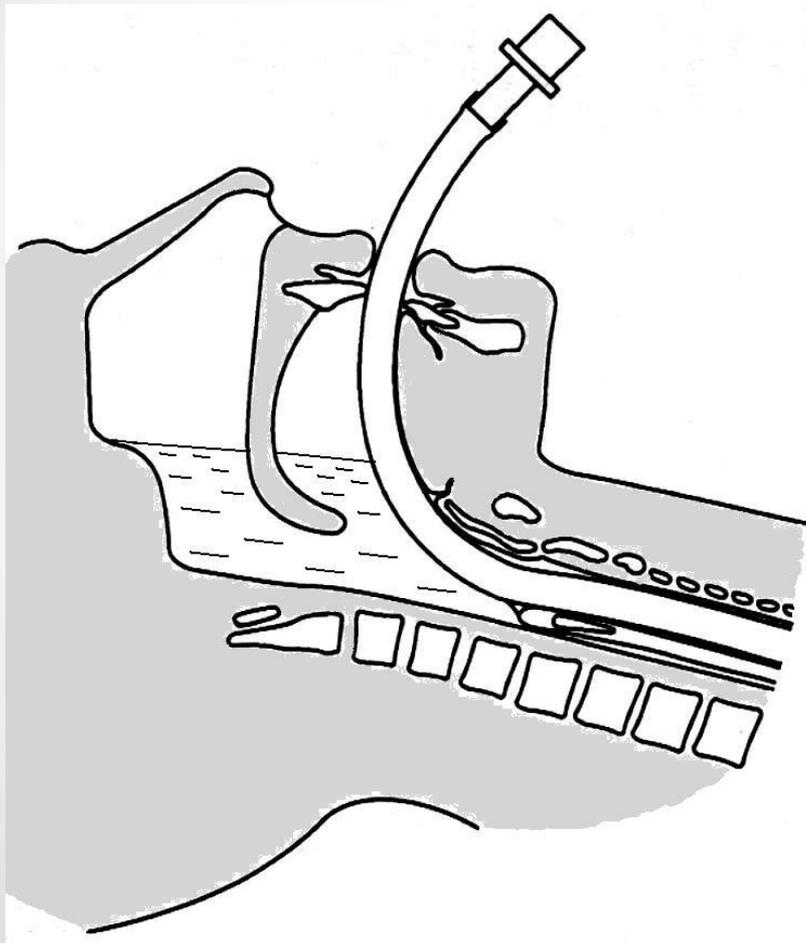
Наблюдение за пациентом в процессе приема пищи и вне питания

- Затруднение жевания
- Нарушение гигиены полости рта
- Слюнотечение, неспособность сглатывать слюну
- Выпадение пищи изо рта во время еды
- Кашель (сразу или с задержкой), «прочистка горла» (до, во время или после глотка)
- Поперхивание (изменение цвета лица или слезящиеся глаза)
- Изменение голоса после глотания («влажный», «булькающий», «хриплый», временная потеря голоса)
- Срыгивание
- Затрудненное или прерывистое дыхание после глотания
- Увеличение продолжительности приёма пищи
- Тревожность по поводу приема пищи

# Диагностика нарушений глотания

- Оценка движений
  - нижней челюсти
  - языка
  - щитовидного хряща
  - напряжения диафрагмы рта
- Оценка артикуляции и голоса
- Только после этого – переход к «3-хглотковому тесту»

# Ориентировочная оценка глотания у интубированного больного



- Способность больного широко открыть и закрыть рот
- Способность проглотить слюну
- Объем движения щитовидного хряща
- Напряжение диафрагмы рта
- Полость рта и ротоглотки должна быть свободна от слюны
- Объем движений языка
- Реакция больного на интубационную трубку
- Реакция на санацию трахеи

# Федеральная эндоскопическая шкала оценки тяжести дисфагии (FEDSS)

Вид продукта	Состояние глотания	Оценка	Клинические аспекты
Слюна	Пенетрация/аспирация	6	Отсутствие перорального питания, только зондовое питание
Пудинг	Пенетрация/аспирация без или с недостаточным защитным рефлексом	5	Зондовое питание
Пудинг	Пенетрация/аспирация с адекватным защитным рефлексом	4	Зондовое питание с небольшим пероральным приемом пудинга во время реабилитационных процедур
Жидкости	Пенетрация/аспирация без или с недостаточным защитным рефлексом	4	Зондовое питание с небольшим пероральным приемом пудинга во время реабилитационных процедур
Жидкости	Пенетрация/аспирация с адекватным защитным рефлексом	3	Пероральное питание «пюреобразной» пищей
Твердая пища	Пенетрация/аспирация с остатками пищи в грушевидных синусах	2	Пероральное питание пудингом или жидкостью
Твердая пища	Нет пенетрации и аспирации, небольшой объем остатка пищи в синусах	1	Пероральное питание полутвёрдой пищей или жидкостями

# Шкала оценки аспирации в соответствии с критериями Rosenbek (PAS)

Града- ция	Описание
1	Пища не попадает в дыхательные пути
2	Пища попадает в дыхательные пути, остаётся выше голосовых связок и откашливается
3	Пища попадает в дыхательные пути, остаётся выше голосовых связок, но не выводится из дыхательных путей
4	Пища попадает в дыхательные пути, соприкасается с голосовыми связками и выбрасывается из дыхательных путей
5	Пища попадает в дыхательные пути, соприкасается с голосовыми связками, но не выводится из дыхательных путей
6	Пища попадает в дыхательные пути, проходит ниже голосовых связок, и не выбрасывается из гортани или из дыхательных путей
7	Пища попадает в дыхательные пути, проходит ниже голосовых связок, но не выводится из трахеи, несмотря на усилия
8	Пища попадает в дыхательные пути, проходит ниже голосовых связок, а усилий у больного, чтобы откашливать, нет

# Клиническая шкала оценки функции глотания (КШОФГ)

Признаки:

1. Затруднение инициации акта глотания
2. Задержка прохождения пищи во рту
3. Задержка прохождения пищи в глотке
4. Назальная регургитация
5. Лёгочная аспирация
6. Нарушение контроля слюновыделения
7. Изменение артикуляции и фонации

Градация:

От 1 балла (сохранность функции) до 5 баллов (грубое нарушение или отсутствие функции)

Оценка:

33-35 баллов – нормальное глотание

7 баллов – афагия

# Функция глотания

(интерпретация результатов фиброларингоскопии)

Градация	Характеристика	Питание
1. Сохранена	Акт глотания не нарушен	Общий стол
2. Частично нарушена	Тест-материал попадает в трахею при глотании, если пробный болюс превышает 1 чайную ложку	Протертый стол, замедленный темп
3. Нарушена	Есть затекание слюны в трахею. При глотании тест-материал попадает в трахею	Назогастральный зонд ± протертый стол
4. Грубо нарушена	Постоянно происходит аспирация содержимого ротоглотки в трахею, но имеются минимальные глотательные движения	Назогастральный зонд ± герметизирующая трахеостома
5. Отсутствует	Глотание невозможно, гортаноглотка неподвижна	Назогастральный зонд + герметизирующая трахеостома

# ПРАВИЛА КОРМЛЕНИЯ – ещё раз, конспективно!

- Правильное **положение пациента** во время кормления.
- Правильный **темп** кормления.
- Правильный **подбор пищи**:
  - Характер
  - Консистенция
  - Температура
  - Вкус
- **Чередование** пищи и жидкости при кормлении.
- 1-2-минутные **перерывы** в ходе кормления при утомлении.
- Если пациент **закашлялся**, кормление необходимо на время прервать.
- После кормления - **очистка полости рта**.
- Правильное **поведение после** кормления.

# Экстренная помощь при аспирационной асфиксии

- Прервать кормление
- Извлечь все остатки пищи из ротовой полости
- Лежащего больного вначале повернуть на бок и дать вылиться пище из верхних отделов дыхательных путей, затем – поднять
- Сидящего больного наклонить слегка вперед
- Применить прием Хаймлика

# Прием Хаймлика



# Типичные ошибки при кормлении больных

- Кормление в положении **лежа на спине**.
- Недопустимо закладывание, вливание пищи в рот **на вдохе!** Подача и проглатывание пищи производятся **после выдоха и до начала следующего вдоха**.
- Недопустима подача пищи **со стороны парализованной щеки!**
- Неправильный характер пищи: **сухие** блюда, **водянистые** напитки, продукты, содержащие всевозможные **включения** (пленки в овсяной каше, комки в манной и рисовой каше, йогурты и кисели с кусочками фруктов и ягод).



# Типичные ошибки при кормлении больных

- Недопустим **перевод пациента в горизонтальное положение сразу после завершения еды!** При этом неизбежно возникает рефлюкс пищи из желудка в пищевод и далее в полость рта с последующей аспирацией при дыхании.
- Недопустимо **укладывание больного на бок на парализованную сторону после приема пищи** – сам пациент не ощущает регургитацию пищи, и аспирация практически неизбежна!
- Недопустимо оставлять больного **без внимания сразу после приема пищи.**

# Будьте бдительны!



СУДЬБА ПАЦИЕНТА ЗАВИСИТ  
**ОТ НАС!!!**

# Благодарю за внимание!

**Дроздова Екатерина Александровна**

Кандидат медицинских наук

Невролог, нейропсихолог-афазиолог

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №13  
Автозаводского района»

Региональный сосудистый центр

Отделение для больных ОНМК

[hosp13\\_2nevrol@mail.ru](mailto:hosp13_2nevrol@mail.ru)

