

12.08.2020

ПОСТИНСУЛЬТНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ: РОЛЬ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА И НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ ДИСФАГИЯХ



Проф. Ахмадеева Лейла Ринатовна

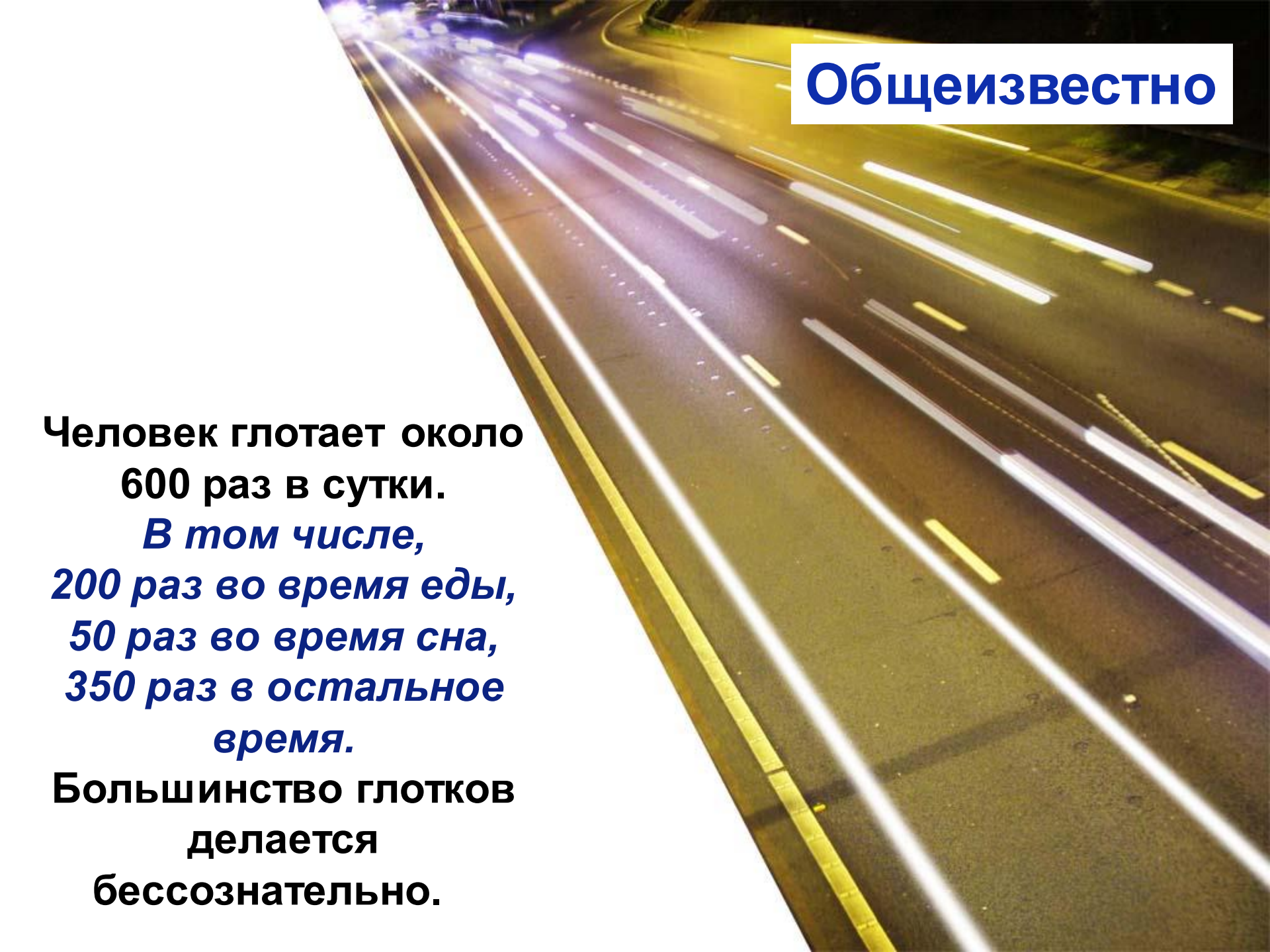
Башкирский гос.мед.университет

www.ufaneuro.org

Лекция в двух предложениях



1. Дисфагия после инсультов встречается **часто** и требует тщательной диагностики
2. Реабилитация должна быть мультидисциплинарной и включать адекватную нутритивную поддержку



Общеизвестно

**Человек глотает около
600 раз в сутки.**

***В том числе,
200 раз во время еды,
50 раз во время сна,
350 раз в остальное
время.***

**Большинство глотков
делается
бессознательно.**



Dictionary > Deglutology

Deglutology



Definition

noun

The scientific or medical study of the processes and [pathophysiology](#) of [deglutition](#)

Supplement

Deglutology is a branch of science specializing in the physiologic aspect of [deglutition](#). Deglutition is a medical term for the process of swallowing food and fluid by animals and humans. A professional or expert in this field is called a deglutologist.

Deglutology tackles various disciplines but aims to address different deglutition disorders, particularly in those individuals whose health is compromised by [dysphagia](#) and other related pathologies. The general aspects of this field include [digestion](#), [gustation](#), [olfaction](#), and [respiration](#) in connection with [deglutition](#). It also tackles the natural airway protective mechanisms and reciprocal physiology of the deglutitive axis. It also studies the central regulation of deglutition. Examples of their studies in that discipline include the cerebral cortical control and the brainstem control of deglutition.

Deglutition is a physiologic process comprised of the following phases: oral phase, pharyngeal phase, and esophageal phase. Thus, these are the major aspects of study in deglutology, incorporating fields of [anatomy](#), [embryology](#), and [physiology](#) of the body parts generally used for deglutition.

Deglutology also attempts to discover the physiological [dysfunction](#) of the deglutition process in various [disorders](#) and pathologies such as [dementia](#), [dysphagia](#), appetite disorders, Zenker's diverticulum, [cricopharyngeal achalasia](#), etc.

Word origin: Latin *dēglūtīt*, from *dē-* + *glūtī(re)* (to swallow) + *logy* (study)

↑ EDUCATION 2020-2021

[All programmes](#) > Programme : Master of Deglutology (Leuven)

Master of Deglutology (Leuven)

Master of Science

This interdisciplinary programme will focus on a theoretical in-depth, research-based approach to train you as a competent professional in the science of deglutition. You will learn a variety of skills, gain hands-on experience, and develop tools used extensively in clinical, diagnostic, and therapeutic settings related to this expanding field.

This programme will be suspended for one year and will not be organised in the academic year 2020-2021.

Programme summary

[Master of Deglutology \(60 ECTS\)](#)

[Programme outline](#)

[Student profile](#)

[Admission requirements](#)

[Objectives](#)

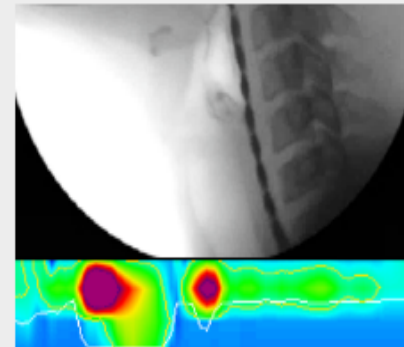
[Career opportunities](#)

[Contact](#)

[Educational quality](#)

What is the programme all about?

The Master of Deglutology originated from a high demand for professionals specialised in the care of patients with swallowing disorders in the mouth or oesophagus.



Key information

Applying

Application deadline 2021-2022

1 March (for non-EEA citizens)

1 June (for EEA citizens)

www.kuleuven.be/application

Tuition fee

Most recent information on
www.kuleuven.be/tuitionfees

Location

Leuven

Дисфагия как проблема реабилитации

Нарушение глотания при инсульте и других поражениях центральной нервной системы является одной из наиболее значимых проблем, причем как в плане лечения, так и в отношении реабилитации.

31 мая 2018 г. в рамках X Международного конгресса «Нейрореабилитация – 2018» состоялся симпозиум «Дисфагия как проблема реабилитации», в работе которого приняли участие неврологи, анестезиологи-реаниматологи, реабилитологи, логопеды и врачи смежных специальностей.

Сопредседатели:

Петриков Сергей Сергеевич – доктор медицинских наук, профессор РАН, врач-нейрореаниматолог, специалист в области нейромониторинга и интенсивной терапии больных с внутричерепными кровоизлияниями



Белкин Андрей Августович – доктор медицинских наук, профессор кафедр анестезиологии-реаниматологии и неврологии УрГМУ, Директор Клинического института Мозга, главный реабилитолог МЗ РФ в Уральском федеральном округе, представитель РФ в European Society Physical Rehabilitation Medicine (ESPRM)



Симпозиум «Дисфагия»

18–19 декабря 2018 г., Москва

Председатели:

Сергей Сергеевич Петриков – доктор медицинских наук,
профессор РАН



Кирилл Юрьевич Крылов – кандидат медицинских наук, ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Минздрава России, ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии им. акад. Н.Н.Бурденко» Минздрава России

Ганипа Рамазанович Рамазанов – кандидат медицинских наук, руководитель отделения для лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения Головного сосудистого центра ГБУЗ г. Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В.Склифосовского Департамента здравоохранения г. Москвы»



Симпозиум «Нарушение глотания в неврологии»

14–15 марта 2019 г., Москва

Сопредседатели:

А.А.Белкин, К.Ю.Крылов



Белкин Андрей Августович – доктор медицинских наук, профессор кафедры нервных болезней и кафедры анестезиологии-реаниматологии ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, руководитель и председатель Наблюдательного совета АНО «Клинический институт мозга»



Крылов Кирилл Юрьевич – кандидат медицинских наук, ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Минздрава России, ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии им. акад. Н.Н.Бурденко» Минздрава России



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

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

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

<https://rehabrus.ru/klinicheskie-rekomendaczii.html>

COVID-19 is an emerging, rapidly evolving situation.

Get the latest public health information from CDC: <https://www.coronavirus.gov>.

Get the latest research from NIH: <https://www.nih.gov/coronavirus>.

Find NCBI SARS-CoV-2 literature, sequence, and clinical content: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sars-cov-2>

Display Settings: ▼ Summary

Send to: ▼

 Filters activated: published in the last 10 years, Field: Title. [Clear all](#) to show 12646 items.

[Clinical Practice Guidelines for the Assessment of Uninvestigated Esophageal Dysphagia](#)

Louis W C Liu, Christopher N Andrews, David Armstrong, Nicholas Diamant, Nasir Jaffer, Adriana Lazarescu, Marilyn Li, Rosemary Martino, William Paterson, Grigorios I Leontiadis, Frances Tse
J Can Assoc Gastroenterol. 2018 Apr; 1(1): 5–19. Published online 2018 Feb 9. doi: 10.1093/jcag/gwx008

PMCID: PMC6487990

[Article](#) [PubReader](#)

Journal of the Canadian Association of Gastroenterology, 2018, 1(1), 5–19

doi: 10.1093/jcag/gwx008

Original Article

Advance Access publication 9 February 2018

Original Article

Clinical Practice Guidelines for the Assessment of Uninvestigated Esophageal Dysphagia

Louis WC. Liu,^{*} Christopher N. Andrews,[†] David Armstrong,[§] Nicholas Diamant,^{||} Nasir Jaffer,[§] Adriana Lazarescu,[‡] Marilyn Li,^{||} Rosemary Martino,^{**} William Paterson,^{||} Grigorios I. Leontiadis,[§] Frances Tse[§]



Royal College of Speech and Language Therapy

Guidance on the Management of Dysphagia in Care Homes ¹

This paper has been developed to assist speech and language therapists who are finding that their services are stretched with increasing numbers of patients /clients /residents being referred for dysphagia assessment and management from community settings and care homes. It provides key strategic information, evidence and guidance to support discussions with senior clinicians, managers, service providers and funders aimed at supporting the identification of needs and developing and implementing local policies to meet these needs. This is particularly in the context of concerns regarding the mismatch between demand and capacity.

<https://www.rcslt.org/-/media/Project/RCSLT/guidance-on-the-management-of-dysphagia-in-care-homes.pdf>



OPEN

Evaluation and Management of Dysphagia in Amyotrophic Lateral Sclerosis: A Survey of Speech-Language Pathologists' Clinical Practice

Denise Epps, MS, CCC-SLP, Justin Y. Kwan, MD,†
James W. Russell, MD, MS,‡ Talisa Thomas, MS, CCC-SLP,*
and Montserrat Diaz-Abad, MD§*

From the *Department of Rehabilitation Services, University of Maryland Medical Center Midtown Campus, Baltimore, MD; †Department of Neurology, Lewis Katz School of Medicine at Temple University, Philadelphia, PA; ‡Department of Neurology, University of Maryland School of Medicine and



<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7034365/pdf/jcnd-21-135.pdf>

Post-stroke dysphagia: An exploration of initial identification and management performed by nurses and doctors



Authors:

Maggie Pierpoint¹ 

Mershen Pillay² 

Affiliations:

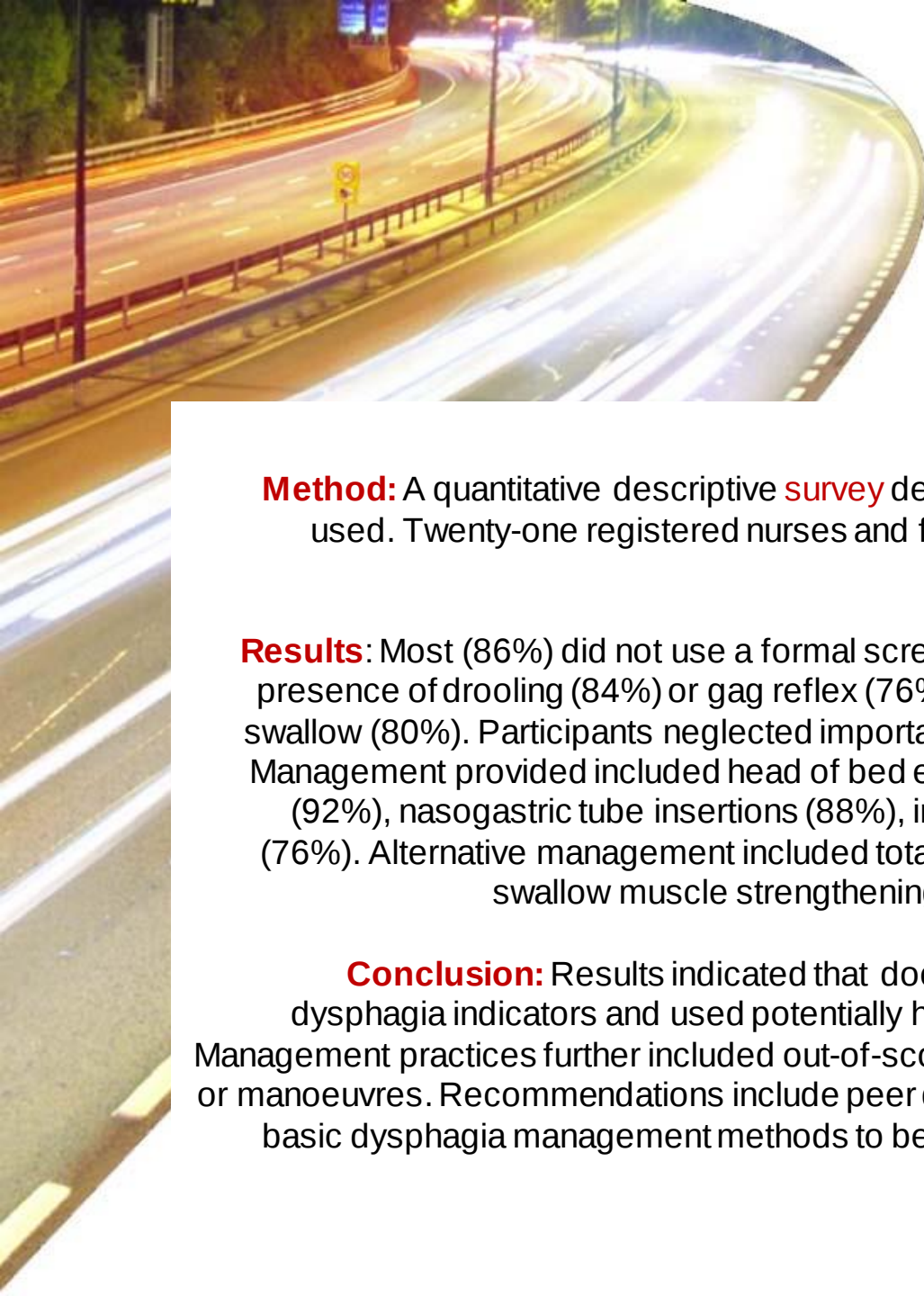
¹Discipline of Speech-Language Pathology, School of Health Sciences, University of KwaZulu-Natal, Durban, South Africa

Background: South African speech-language therapists are the only health professionals charged with dysphagia rehabilitation. However, registered nurses and doctors are often initial healthcare contact points for post-stroke dysphagia. Notwithstanding service concerns, they do indeed identify and manage post-stroke dysphagia. However, little is known about specifically what they do during these initial clinical encounters.

Objective: To explore how doctors and registered nurses, on initial clinical contact, identify and manage post-stroke dysphagia.

Method: A quantitative descriptive survey design, with non-probability purposive sampling.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7034365/pdf/jcnd-21-135.pdf>



<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7034365/pdf/jcnd-21-135.pdf>

Method: A quantitative descriptive **survey** design, with non-probability, purposive sampling, was used. Twenty-one registered nurses and four doctors at a private South African hospital self-administered a questionnaire.

Results: Most (86%) did not use a formal screening tool. Indicators screened informally included: presence of drooling (84%) or gag reflex (76%), level of alertness (80%) and spontaneous saliva swallow (80%). Participants neglected important indicators like voluntary cough and vocal quality. Management provided included head of bed elevation (96%), speechlanguage therapist referrals (92%), nasogastric tube insertions (88%), intravenous fluids (84%) and positional adjustments (76%). Alternative management included total parenteral nutrition (52%), syringe feeding (48%), swallow muscle strengthening exercises (56%) and swallow manoeuvres (52%).

Conclusion: Results indicated that doctors and registered nurses under-utilised important dysphagia indicators and used potentially harmful management practices like syringe feeding. Management practices further included out-of-scope methods like dysphagia rehabilitation exercises or manoeuvres. Recommendations include peer dysphagia screening training using formal tools and basic dysphagia management methods to better equip doctors and registered nurses when they clinically engage post-stroke patients.

Assessment and Management of Dysphagia in Acute Stroke: An Initial Service Review of International Practice

Carol A. Fairfield ^{1,*} and David G. Smithard ² 

¹ University of Reading, Earley Gate, Reading RG6 6AL, UK

² Lewisham and Greenwich NHS Trust, Queen Elizabeth Hospital, Stadium Road, London SE18 4HQ, UK; david.smithard@nhs.net

* Correspondence: c.a.fairfield@reading.ac.uk

Received: 27 November 2019; Accepted: 19 January 2020; Published: 21 January 2020



Abstract: The international approach to the assessment and management of dysphagia in the acute phase post stroke is little studied. A questionnaire was sent to clinicians in stroke services that explored the current practice in dysphagia screening, assessment, and management within the acute phase post stroke. The findings from four (the UK, the US, Canada, and Australia) of the 22 countries returning data are analysed. Consistent approaches to dysphagia screening and the modification of food and liquid were identified across all four countries. The timing of videofluoroscopy (VFS) assessment was significantly different, with the US utilising this assessment earlier post stroke. Compensatory and Postural techniques were employed significantly more by Canada and the US than the UK and Australia. Only food and fluid modification, tongue exercises, effortful swallow and chin down/tuck were employed by more than fifty percent of all respondents. The techniques used for assessment and management tended to be similar within, but not between, countries. Relationships were found between the use of instrumental assessment and the compensatory management techniques that were employed. The variation in practice that was found, may reflect the lack of an available robust evidence base to develop care pathways and identify the best practice. Further investigation and identification of the impact on dysphagia outcome is needed.

Неврология и ревматология

№1 2018

РЕПРИНТ



Диагностика и лечение
нейрогенной дисфагии
у больных с острым
нарушением мозгового
кровообращения

Диагностика и лечение нейрогенной дисфагии у больных с острым нарушением мозгового кровообращения

С.С.Петриков^{1,2}, А.А.Солодов^{✉2}

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В.Склифосовского» Департамента здравоохранения г. Москвы. 129090, Россия, Москва, Большая Сухаревская пл., д. 3;
²ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова» Минздрава России. 127473, Россия, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1

Таблица 1. Шкала оценки аспирации в соответствии с критериями Rosenbek [16]	
Выраженность аспирации, баллы	Состояние дыхательных путей, гортани и трахеи
1	Пища не попадает в дыхательные пути
2	Пища попадает в дыхательные пути, остается выше голосовых связок и откашливается из дыхательных путей
3	Пища попадает в дыхательные пути, остается выше голосовых связок и не откашливается из дыхательных путей
4	Пища попадает в дыхательные пути, соприкасается с голосовыми связками и откашливается из дыхательных путей
5	Пища попадает в дыхательные пути, соприкасается с голосовыми связками и не откашливается из дыхательных путей
6	Пища попадает в дыхательные пути, проходит ниже голосовых связок и откашливается из гортани или из дыхательных путей
7	Пища поступает в дыхательные пути, проходит ниже голосовых связок и не откашливается из трахеи, несмотря на усилия больного
8	Пища поступает в дыхательные пути, проходит ниже голосовых связок, а усилий, чтобы откашляться, у пациента нет



Таблица 2. Федеральная эндоскопическая шкала оценки тяжести дисфагии (Fiberoptic Endoscopic Dysphagia Severity Scale, FEDSS) [17]

Вид содержимого	Эндоскопическая картина	Выраженность аспирации, баллы	Тактика искусственного питания
Слюна	Пенетрация/аспирация	6	Пероральное питание противопоказано, только зондовое питание
Пудинг	Пенетрация или аспирация без или с недостаточным защитным кашлевым рефлексом	5	Зондовое питание
Пудинг	Пенетрация/аспирация с адекватным защитным кашлевым рефлексом	4	Зондовое питание с небольшим пероральным приемом пудинга во время реабилитационных процедур
Жидкости	Пенетрация или аспирация без или с недостаточным защитным кашлевым рефлексом	4	Зондовое питание с небольшим пероральным приемом пудинга во время реабилитационных процедур
Жидкости	Пенетрация/аспирация с адекватным защитным кашлевым 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 или аспирации, небольшой остаточный объем пищи в грушевидных синусах	1	Пероральное питание полутвердой пищей или жидкостями

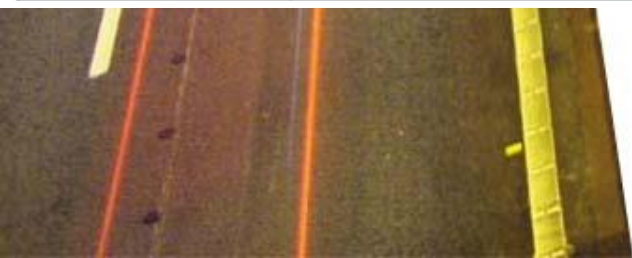




Таблица 3. Суммарная оценка выраженности дисфагии

Шкала оценки дисфагии	Степень выраженности дисфагии				
	0 – нет дисфагии	1 – легкая дисфагия	2 – умеренная дисфагия	3 – тяжелая дисфагия	4 – очень тяжелая дисфагия
Шкала оценки аспирации в соответствии с критериями Rosenbek, баллы	1	2	3–4	5–6	7–8
FEDSS, баллы	1	2	3	4–5	6

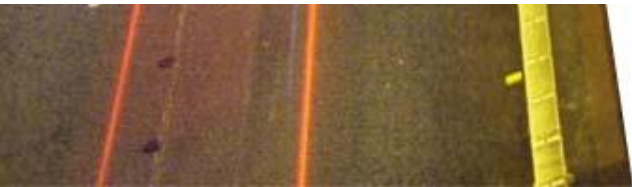
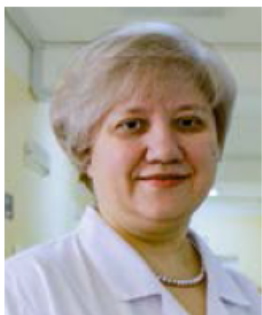




Рис. 4: а – внешний вид больной с ОНМК, перенесшей тяжелую дисфагию (трахеостомическая трубка удалена на время осуществления исследования) при проведении видеофлюороскопии; б – жидкости с модифицированной консистенцией и вязкостью (Фрезубин крем, Фрезубин йогурт, Фрезубин сгущенный 2 и 1-й ступени) с добавлением контрастного вещества для проведения видеофлюороскопии; в – визуализация фаз акта глотания во время проведения видеофлюороскопии при помощи жидкостей с контрастным веществом.



Мальнотриция,
выявляется в
течение первой
недели после
инсульта у
пациентов **с**
дисфагией в 48,3%,
без дисфагии – в
13,6%.



Л. Р. Ахмадеева



М. В. Наприенко

Постинсультная реабилитация: нутритивный статус и его коррекция

Л. Р. Ахмадеева, д.м.н., проф. кафедры неврологии¹

М. В. Наприенко, д.м.н., проф. кафедры интегративной медицины²

О. С. Лазовая, студентка¹

Г. С. Загидуллина, студентка¹

А. Ф. Тимирова, зав. отделением медицинской реабилитации³

Р. Х. Гизатуллин, к.м.н., доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии с курсом ИДПО¹

Л. В. Смекалкина, д.м.н., проф. кафедры интегративной медицины²

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа

Наше исследование:

ГКБ № 21 г. Уфа.

63 пациента,

28 (44%) мужчин

в возрасте от 21 до 89 лет (ср.-
63г.)

*в раннем восстановительном
периоде ОНМК*

89% - ишемический инсульт.

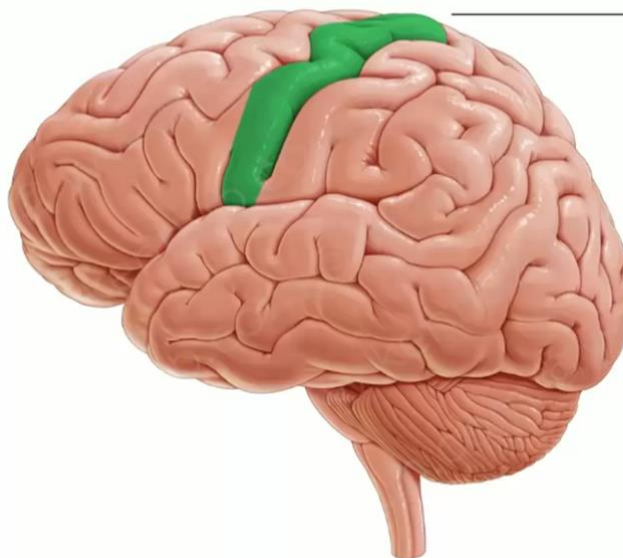


Мальнутриция

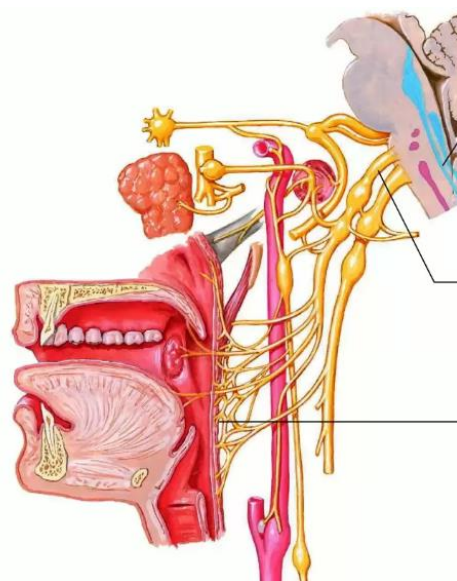
НН - нутритивная недостаточность, SNAQ - Nutrition Assessment Questionnaire, SGA - Subjective Global Assessment, NRS-2002 - Nutritional Risk Screening 2002, MUST - Malnutrition Universal Screening Tool, SNAQ - Short Nutrition Assessment Questionnaire, MNA - Mini Nutritional Assessment.

Шкалы	Степень Выражен- ности (сумма баллов)	Все пациенты n=63 (%)	Пожилые пациенты > 65 лет n=27 (%)	Пациенты с нарушением глотания n=8 (%)
NRS-2002	Низкий риск	47 (75%)	15 (55%)	0 (0%)
	Высокий риск	16 (25%)	12 (45%)	8 (100%)
SGA	Норма	43 (68%)	12 (44%)	3 (37,5%)
	Умеренная	17 (27%)	14 (52%)	4 (50%)
	Тяжелая	3 (5%)	1 (4%)	1 (12,5%)
MUST	Низкий риск	34 (54%)	8 (30%)	0 (0%)
	Средний риск	20 (32%)	13 (48%)	6 (75%)
	Высокий риск	9 (14%)	6 (22%)	2 (25%)
SNAQ	Норма	39 (62 %)	10 (37%)	0 (0%)
	Умеренная	6 (9,5 %)	4 (15%)	2 (25%)
	Тяжелая	18 (28,5 %)	13 (48%)	6 (75%)
MNA (для пациентов старше 65)	Норма		2 (7%)	
	Риск НН		16 (60%)	
	НН		9 (33%)	

Иннервация акта глотания



ПРЕЦЕНТРАЛЬНАЯ ИЗВИЛИНА
ГОЛОВНОГО МОЗГА



ТРОЙНИЧНЫЙ НЕРВ

ЯЗЫКОГЛОТОЧНЫЙ НЕРВ

ДВИГАТЕЛЬНЫЕ ВОЛОКНА
ЯЗЫКОГЛОТОЧНОГО,
БЛУЖДАЮЩЕГО,
ПОДЪЯЗЫЧНОГО
НЕРВОВ

Причины дисфагии



Состояния

Деменция ¹ 13 – 57%

Болезнь Паркинсона ² 19 – 81%

Инсульт ³ 38 – 78%

Дегенеративные заболевания ^{4,5} 44 – 60%

Заболевания нервной системы

Инсульты

Черепно-мозговые травмы

Рассеянный склероз

Болезнь Альцгеймера

Болезнь Паркинсона

Опухоли головы и шеи

Прочие заболевания нервной системы

Заболевания пищевода

Дивертикулы

Опухоли пищевода

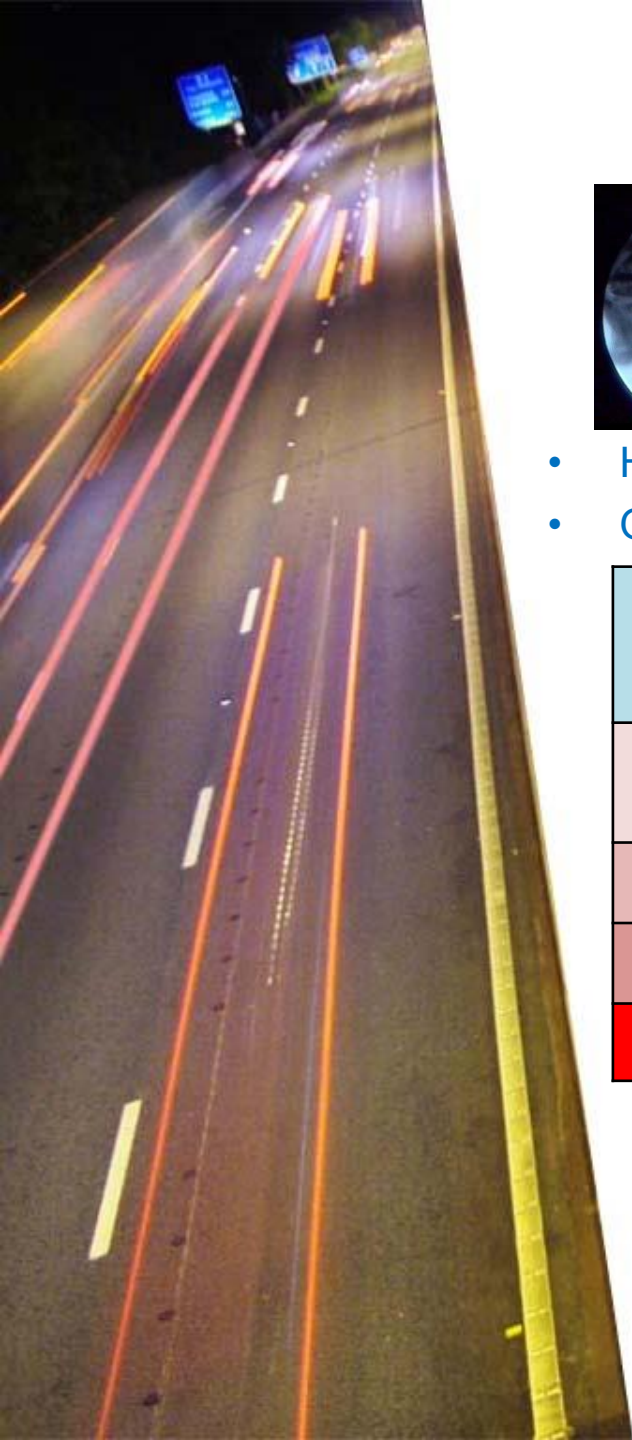
Эзофагит

Прочие заболевания пищевода

Редкие причины дисфагии

Психические заболевания

Воспалительные заболевания ротовой полости

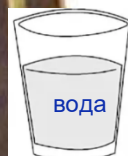


- Недостаточность питания
- Обезвоживание

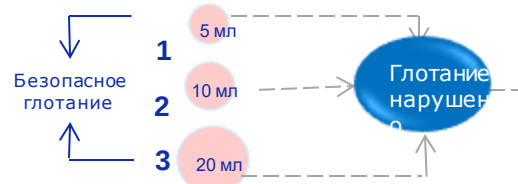
Потеря без-жировой массы тела	Осложнения	Смертность
10%	Снижение иммунитета, увеличение частоты инфекций	10%
20%	Замедление реабилитации, нарастание слабости, частоты инфекций	30%
30%	Невозможно сесть, пролежни, пневмония	50%
40%	Смерть, как правило, из-за пневмонии	100%

Demling RH. Nutrition, anabolism, and the wound healing process an overview. Eplasty 2009;9:e9.

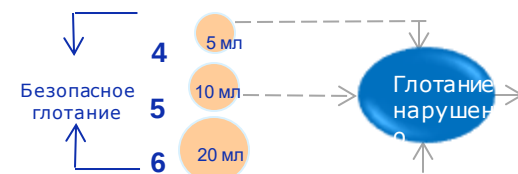
Проба с использованием пищи с разной степенью вязкости



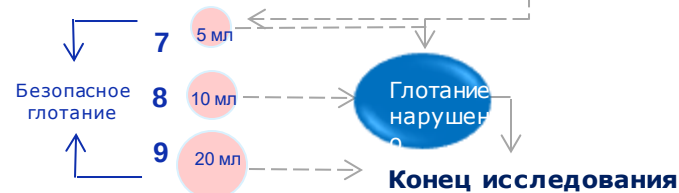
2 УРОВЕНЬ
ВЯЗКОСТИ



Жидкость
0 уровень
вязкости

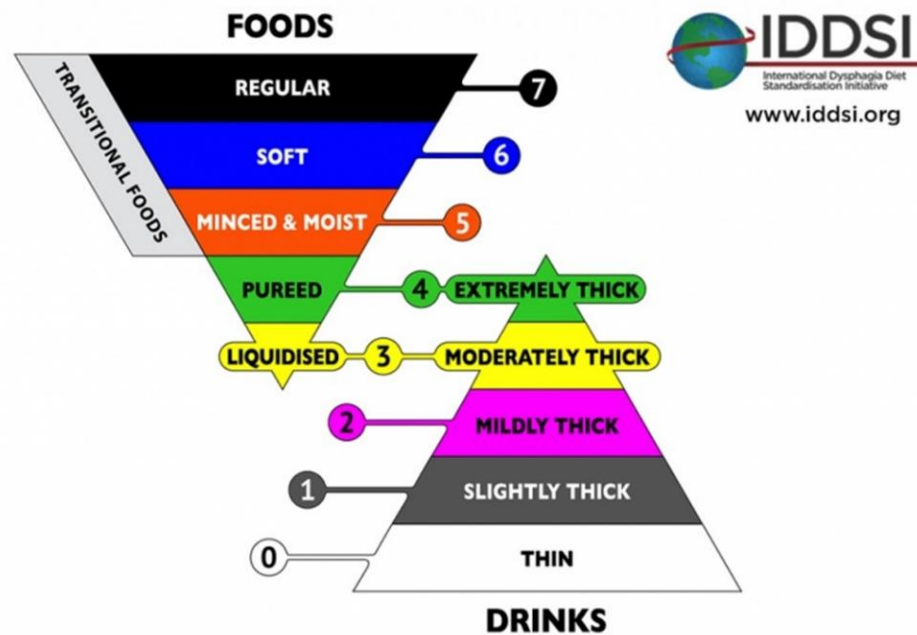


4 УРОВЕНЬ
ВЯЗКОСТИ



Лечение дисфагии

- **Прямое** - модификация консистенции ПИЩИ (ключевой компонент лечения дисфагии)



• У пациентов с выраженными нарушениями глотания кормление начинают с густых жидкостей, по мере восстановления глотания переходят к консистенции мед/крем, затем к нектароподобным и жидким продуктам



Модификация консистенции пищи (ключевой компонент лечения дисфагии)

Консистенция жидкости	Характеристика	Готовые смеси модифицированной консистенции
Жидкие	Возможно пить через трубочку и из чашки (на стенках остается тонкий слой)	Фрезубин сгущенный, 1 степень
Сироп/нектар	Нельзя пить через трубочку, можно пить из чашки (на стенках остается толстый слой)	Фрезубин сгущенный, 2 степень
Мед/крем	Нельзя пить через трубочку и из чашки, можно есть ложкой	Фрезубин йогурт
Густые	Консистенция пудинга, ложка может в нем стоять	Фрезубин крем





Клинический эффект нутритивной поддержки

- многолетняя клиническая практика убедительно продемонстрировала, что своевременная и качественная НП позволяет ... уменьшить (в 2–3 раза) расходы дорогостоящих препаратов крови и кровезаменителей; уменьшить затраты на лечение.

В.М. Луфт, Вестник анестезиологии и реаниматологии 2010. Т. 7, № 5



Стандарт назначения сред для нутритивной поддержки:

Возможные варианты:

- *Энтеральное зондовое питание* - следует рассматривать как питательную терапию первой линии над ПП у пациентов с тяжелыми заболеваниями с функционирующим желудочно-кишечным трактом.
- *Энтерально-парентеральное питание*
- *Полное парентеральное питание (?)*
- *Пероральное энтеральное питание*

Elke G, van Zanten AR, Lemieux M, McCall M, Jeejeebhoy KN, Kott M, et al. Enteral versus parenteral nutrition in critically ill patients: an updated systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Crit Care 2016;20(1):117.

Модификация консистенции пищи (ключевой компонент лечения дисфагии)

Консистенция жидкости	Характеристика	Готовые смеси модифицированной консистенции
Жидкие	Возможно пить через трубочку и из чашки (на стенках остается тонкий слой)	Фрезубин сгущенный, 1 ступень
Сироп/нектар	Нельзя пить через трубочку, можно пить из чашки (на стенках остается толстый слой)	Фрезубин сгущенный, 2 ступень
Мед/крем	Нельзя пить через трубочку и из чашки, можно есть ложкой	Фрезубин йогурт
Густые	Консистенция пудинга, ложка может в нем стоять	Фрезубин крем





Тактика лечения



Пациент без сознания
или выраженная степень дисфагии

Назогастральный зонд или гастростома



Фрезубин® 2 ккал



Пациент в сознании

Готовые высокобелковые продукты с
модифицированной консистенцией:



Система фрезубинов повышенной вязкости



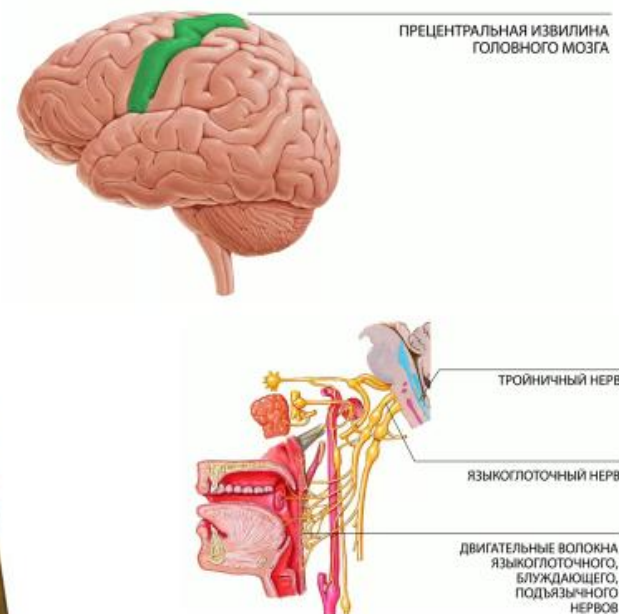
Профилактика дисфагии

- медикаментозные и немедикаментозные

Профилактика дисфагии связана с первичной и вторичной профилактикой заболевания, послужившего причиной ее развития.



Иннервация акта глотания





Практические Рекомендации
Всемирной Гастроэнтерологической Организации

Дисфагия

Глобальные практические рекомендации и Каскады



[https://www.worldgastroenterology.org
/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-
russian-2014.pdf](https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-russian-2014.pdf)



Curr Phys Med Rehabil Rep (2016) 4:287–294
DOI 10.1007/s40141-016-0137-2

SWALLOWING DISORDERS (RUTH E MARTIN, SECTION EDITOR)

Dysphagia Management and Stroke Units

David G. Smithard^{1,2}

Dysphagia is one of the many complications of stroke. It is common and is an independent marker of outcome. Dysphagia management is important. Although the speech and language pathologist is the key worker in dysphagia management, they are supported by all members of the multi-disciplinary team. Stroke patients should be screened on admission for the presence of dysphagia and assessed by the speech and language therapist (or appropriate professional), where indicated investigation should be undertaken to understand the swallowing physiology and to guide treatment. **Management, at present, is based around texture modification of food/liquids and swallowing manoeuvres.** Rehabilitation of swallowing remains in its infancy, but there is a lot of promising research with neurostimulation, medication and devices to strengthen muscles involved in swallowing.

http://www.ebrsr.com/sites/default/files/chapter%2015_v19.pdf

EBRSR



HEART & STROKE FOUNDATION

**Canadian Partnership
for Stroke Recovery**

Chapter 15: Dysphagia rehabilitation



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

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

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

<https://rehabrus.ru/klinicheskie-rekomendaczii.html>



Почему пациент не глотает?

Проф. А.А.Белкин
ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России (Екатеринбург)

Таблица 1. Показания для скрининга дисфагии в группе риска	
Категория пациентов	Состояния, имеющие риск развития дисфагии
Сниженный уровень сознания, менее 10 по GCS при черепно-мозговой травме, полушарном инсульте, постгипоксической энцефалопатии, менингоэнцефалите	Позвоночно-спинномозговая травма с поражением шейного отдела
	Миастенический криз
	Судорожный синдром
	Бульбарный синдром при остром очаговом поражении центральной нервной системы (стволовой инсульт, ушиб ствола; стволовой энцефалит)
	Синдром Гийена-Барре и иные нервно-мышечные синдромы с генерализованной периферической мышечной слабостью
Операции в ротовой полости и области шеи	Преморбидная деменция
	Травматическое повреждение возвратного гортанного нерва
Инфекции	Ботулизм
	Дифтерия
	Кандидоз
	Сифилис
	Болезнь Лайма
	Синдром иммунодефицита
	Герпес, цитомегаловирус
	Пневмония, бронхит
Метаболические	Экзогенное отравление антихолинэргическими препаратами
	Сахарный диабет в стадии декомпенсации
	Тиреоидный криз
ПИТ-синдром	Оротрахеальная интубация более 48 ч
	Использование препаратов для седации и нейролептиков
Примечание. GCS – Glasgow Coma Scale (Шкала комы Глазго).	



CONSILIUM MEDICUM

Экстремизм

ЖУРНАЛ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ

X Международный конгресс «Нейрореабилитация — 2018»

31 мая 2018 г.

Симпозиум
«Дисфагия как проблема реабилитации»

Таблица 2. Рекомендации по диагностике дисфагии в условиях ОРИТ

№	Положение	Уровень доказательности
1.1	Для курации пациентов с дисфагией мультидисциплинарная реанимационная бригада в своем составе должна иметь специалиста логопеда со специальной подготовкой	IIa-A
1.2	Пациентом с высоким риском дисфагии и жалобами на затруднение глотания даже при сохранном кашле необходимо проведение диагностики орофарингеального глотания	I-B
1.4	В случае отсутствия возможности подробного обследования пациента для скрининга глотания у пациента на ИВЛ возможно использование шкалы нарушений глотания слюны	IIb-C
1.5	Пациентам с кашлем из группы риска по развитию дисфагии следует провести 3-глотковый тест. При положительном результате пациенту целесообразно проведение расширенного логопедического обследования	IIa-B
1.9	Пациенты с низким уровнем сознания имеют высокий риск аспирации и должны получать зондовое питание до повышения уровня сознания	I-B

Эффективность лечения нарушенной функции глотания у пациентов с ишемическим инсультом и нейрогенной дисфагией в рамках отделения реанимации и интенсивной терапии

© В.И. ЕРШОВ^{1, 2}, С.В. ЗДВИЖКОВА³, А.П. ГОНЧАР-ЗАЙКИН¹, Т.Ю. ЛОЗИНСКАЯ¹, Г.Э. КУЗНЕЦОВ^{1, 2}, И.Н. БОРОДКИН³, В.В. СИЛКИН^{1, 2}

¹Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Россия;

²Университетский научно-клинический центр неврологии, нейрохирургии и нейрореаниматологии, Оренбург, Россия;

³Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница им. Н.И. Пирогова», Оренбург, Россия

Резюме

Цель исследования. Оценить эффективность тренировочного метода реабилитации больных с нейрогенной дисфагией при ишемическом инсульте (ИИ), проводимого с применением специальных питательных смесей в составе комбинированной терапии.

Материал и методы. В исследование включены 65 пациентов (35 мужчин и 30 женщин в возрасте от 45 до 80 лет) с дисфагией в остром периоде ИИ. У 30 пациентов применены специальные вяжущие смеси в составе комбинированной терапии, у 35 пациентов смеси не применяли. Изучали динамику восстановления функции глотания с использованием шкал PAS (шкала пенетрации—аспирации) и FEDSS (федеральная эндоскопическая шкала оценки тяжести дисфагии), а также переход с зондового питания на самостоятельное.

Результаты и заключение. Применение тренировочного метода реабилитации с помощью специальных питательных смесей у больных с ИИ и дисфагией позволяет достичь достоверно лучших показателей восстановления функции глотания по шкалам PAS и FEDSS. Данная тенденция наиболее выражена в группе больных с псевдобульбарным синдромом. Применение тренировочного метода приводит к достоверно лучшему переходу от зондового питания к самостоятельному. Интубация трахеи и проведение искусственной вентиляции легких являются дополнительным фактором, усугубляющим нарушения глотания.

Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова
2019, т. 119, № 7, с. 43-48
<https://doi.org/10.17116/nevro201911907143>

S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry
2019, vol. 119, no 7, pp. 43-48
<https://doi.org/10.17116/nevro201911907143>

Эффективность лечения нарушенной функции глотания у пациентов с ишемическим инсультом и нейрогенной дисфагией в рамках отделения реанимации и интенсивной терапии

© В.И. ЕРШОВ^{1,2}, С.В. ЗДВИЖКОВА¹, А.П. ГОНЧАР-ЗАЙКИН¹, Т.Ю. ЛОЗИНСКАЯ¹, Г.Э. КУЗНЕЦОВ^{1,2}, И.Н. БОРОДКИН¹, В.В. СИЛКИН^{1,2}

¹Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Россия;

²Университетский научно-клинический центр неврологии, нейрохирургии и нейрореаниматологии, Оренбург, Россия;

³Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница им. Н.И. Пирогова», Оренбург, Россия

Резюме

Цель исследования. Оценить эффективность тренировочного метода реабилитации больных с нейрогенной дисфагией при ишемическом инсульте (ИИ), проводимого с применением специальных питательных смесей в составе комбинированной терапии.

Материал и методы. В исследование включены 65 пациентов (35 мужчин и 30 женщин в возрасте от 45 до 80 лет) с дисфагией в остром периоде ИИ. У 30 пациентов применялись специальные вкусовые смеси в составе комбинированной терапии, у 35 пациентов смеси не применялись. Изучали динамику восстановления функции глотания с использованием шкал PAS (шкала пенетрации—аспирации) и FEDSS (федеральная эндоскопическая шкала оценки тяжести дисфагии), а также переход с зондового питания на самостоятельное.

Результаты и заключение. Применение тренировочного метода реабилитации с помощью специальных питательных смесей у больных с ИИ и дисфагией позволяет достичь достоверно лучших показателей восстановления функции глотания по шкалам PAS и FEDSS. Данная тенденция наиболее выражена в группе больных с псевдобульбарным синдромом. Применение тренировочного метода приводит к достоверно лучшему переходу от зондового питания к самостоятельному. Интубация трахеи и проведение искусственной вентиляции легких являются дополнительным фактором, усугубляющим нарушение глотания.

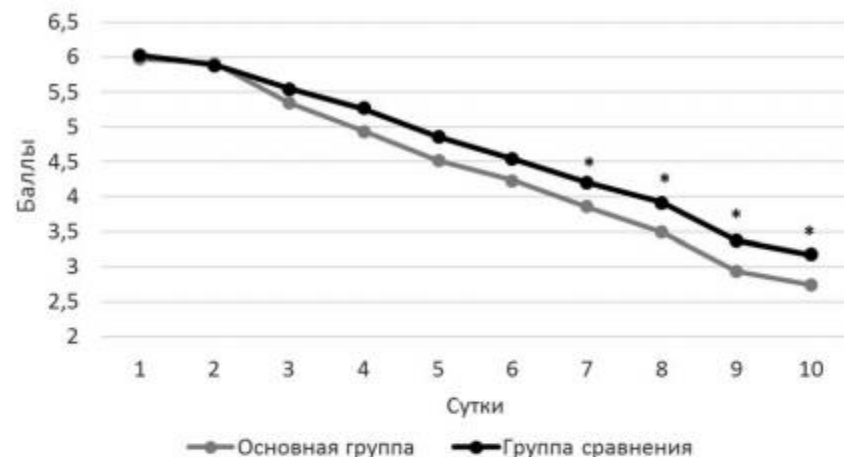


Рис. 1. Сравнительная динамика восстановления функции глотания у обследованных пациентов по шкале PAS.

* — $p < 0,05$.

Fig. 1. Comparative dynamics of the recovery function of swallowing in patients with AIS (PAS).

* — $p < 0,05$.

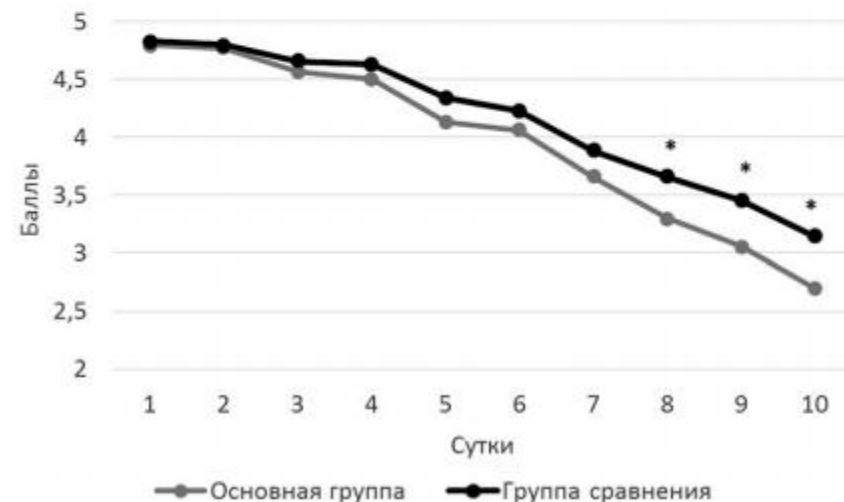


Рис. 2. Сравнительная динамика восстановления функции глотания у обследованных пациентов по шкале FEDSS.

* — $p < 0,05$.

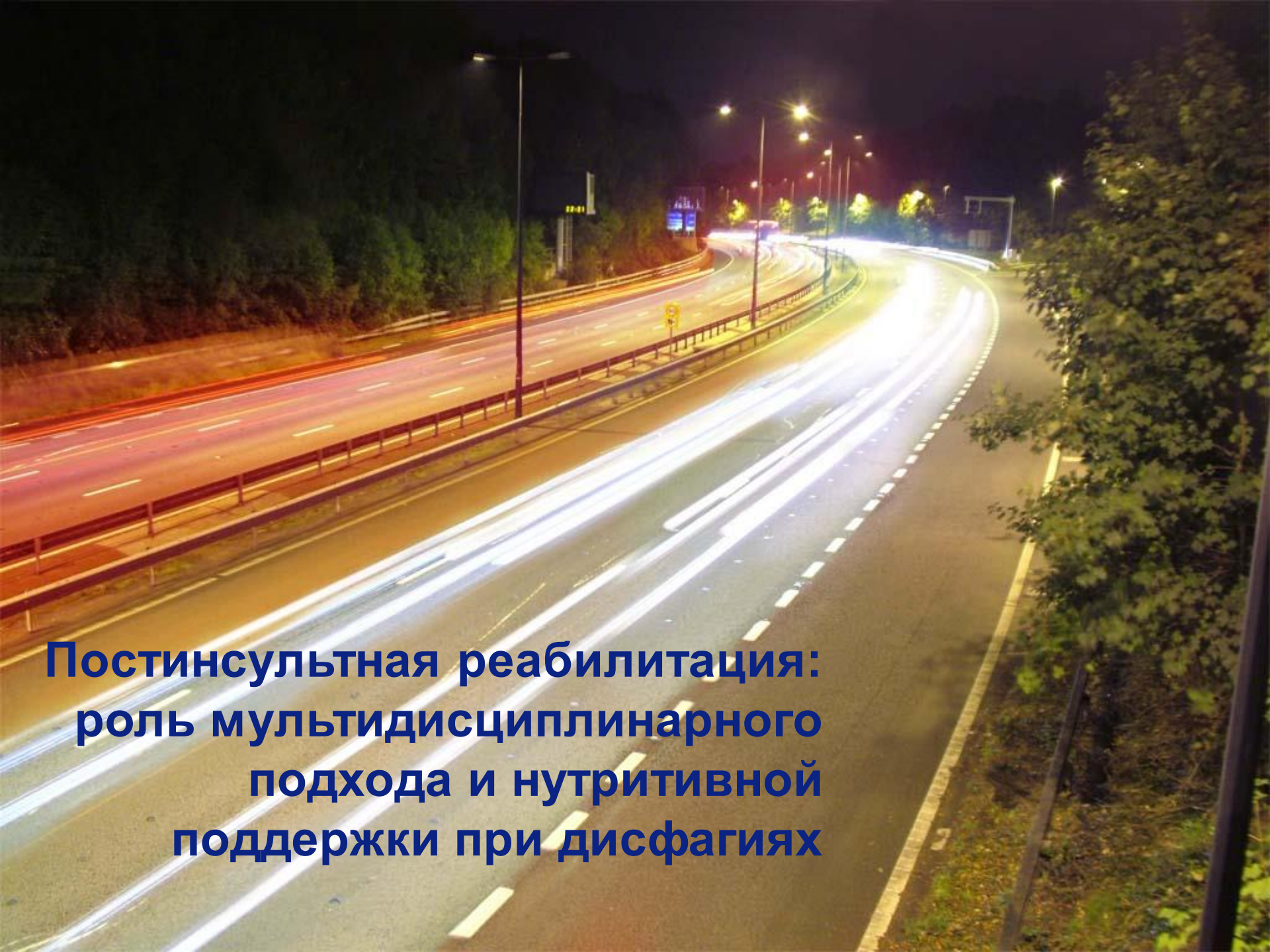
Fig. 2. Comparative dynamics of the recovery function of swallowing in patients with AIS (FEDSS).

* — $p < 0,05$.



Кто виноват? Что делать?

- Дисфагия приводит к нарушению питания
- Необходимо следить за количеством потребленной энергии, белка и жидкости пациентам с дисфагией
- Зонд не мешает реабилитационным мероприятиям (тренировочному кормлению через рот пищей с модифицированной консистенцией)
- Применение загустителей с обычной пищей может приводить к снижению потребления энергии и белка
- Предпочтительно использовать готовые смеси с модифицированной консистенцией для дополнительного питания пациентов с дисфагией
- При невозможности использовать питание через рот необходимо проводить энтеральное питание через зонд или гастростому



**Постинсультная реабилитация:
роль мультидисциплинарного
подхода и нутритивной
поддержки при дисфагиях**