

**Национальная ассоциация по борьбе с инсультом**

**Российская ассоциация по спортивной медицине и реабилитации больных и  
инвалидов**

**ПРОТОКОЛ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ГЛОТАНИЯ  
У БОЛЬНЫХ ОНМК**

**Эксперты, участвовавшие в разработке клинических рекомендаций:**

1. И.Н.Балашова, к.п.н. (Санкт-Петербург),
2. А.А.Белкин, д.м.н. профессор (Екатеринбург),
3. Г.Е.Иванова, д.м.н. профессор (Москва)
4. О.В.Камаева, (Санкт-Петербург),
5. А.А.Скоромец, Академик РАМН, профессор (Санкт-Петербург),
6. В.А.Сорокоумов, д.м.н. профессор (Санкт-Петербург),
7. Л.В.Стаховская, д.м.н. профессор (Москва)
8. А.Ю. Суворов, к.м.н., доцент (Москва)

## Список сокращений

- МДБ – Мультидисциплинарная бригада  
СТГ – Скрининговое тестирование глотания  
НЧР – «Ничего через рот»

## Введение:

По данным исследований, в остром периоде инсульта дисфагия имеется у 64-90% пациентов, в результате чего увеличивается риск заболевания пневмонией. От 40 до 67% больных с дисфагией (Daniels et al, 1998) имеют так называемую «тихую аспирацию», что затрудняет ее своевременную диагностику. Нарушение глотания может привести также и к другим осложнениям: нарушению питания, дегидратации, и, как следствие – к пролежням, запорам, уроинфекции, нарушению водно-электролитного баланса, депрессии, а тяжелых случаях – к смерти.

Оценка глотания включает в себя осмотр пациента неврологом, скрининговую оценку глотания медсестрой (см. Приложение №1 «Стандартизированное скрининговое тестирование глотания»), углубленную клиническую и инструментальную (видео-флюороскопическая и фибро-эндоскопическое исследование (Таблицы 3,4)), оценку специалистом по глотанию (логопедом-афазиологом), оценку двигательных возможностей (постурального контроля, переносимости вертикального положения) специалистами ЛФК для подбора оптимальной позы пациента во время приема пищи, расчет энергетической ценности модифицированных по консистенции продуктов и подбор питательных смесей для нутритивной поддержки диетологом.

Для организации полноценной помощи больным следует обратить внимание на обучение персонала. Для того, чтобы стать специалистом по глотанию, логопед-афазиолог должен пройти обучение на курсах тематического усовершенствования по дисфагии и иметь регулярную клиническую практику углубленной оценки глотания. Специалист по глотанию и врач ЛФК не реже 1 раза в 6 месяцев проводят инструктирование сестринского персонала по методике скринингового тестирования глотания, помощи при кормлении, гигиене ротовой полости пациента и правильному позиционированию пациентов.

Конечным результатом работы специалистов МДБ по оценке функции глотания является совместный документ «Рекомендации по кормлению». Рекомендации по кормлению пациента являются результатом совместного обсуждения специалистов МДБ проблем, возможностей пациента и ресурсов лечебного учреждения.

Рекомендации по кормлению составляются на ближайшие 1-3 дня для пациентов с дисфагией в остром периоде заболевания (по 21 день от начала заболевания) и на 1-4 недели в дальнейшем.

Рекомендации по кормлению записываются на отдельном листке (см. Приложение №2 «Рекомендации по кормлению») и находятся в непосредственной близости к пациенту – вывешиваются на информационную доску над изголовьем кровати.

Повторная оценка функции глотания пациента проводится с частотой, продиктованной клинической ситуацией. На ее основе вырабатываются новые рекомендации по кормлению.

Рекомендации по кормлению должны быть в полном объеме включены в выписной эпикриз пациента.

### **Оценка выраженности дисфагии.**

#### **Оценка риска аспирации**

Нарушение глотания (дисфагия) является одним из наиболее грозных осложнений инсульта. Развитие дисфагии приводит к высокому риску медицинских осложнений (аспирационные пневмонии), увеличивает риск внезапной смерти. Голодание или недостаточное питание приводят к активизации катаболических процессов, отягчают течение острого инсульта.

У пациентов с ОНМК нейрогенная (орофарингеальная) дисфагия развивается не только при поражении бульбарного отдела ствола или двустороннем поражении супрануклеарных структур головного мозга, но и у приблизительно 50% больных с полушарным ишемическим инсультом. При этом случаи недостаточности питания больных с инсультом варьируются от 7% до 15% в остром периоде и от 22% до 35% спустя 2 недели от начала заболевания. А среди пациентов, требующих длительной реабилитации, недостаточность питания может достигать 50%. Следует учитывать, что дисфагия или недостаточность питания всегда ассоциируется с высоким риском медицинских осложнений, являясь предиктором плохого функционального восстановления и увеличивая риск внезапной смерти.

Задачи обследования больного с нарушением глотания:

-определение этиологии и механизма нейрогенной дисфагии;

- определение индивидуальной стратегии питания больного (через рот или необходимость заместительной терапии);
- профилактика возможных осложнений нарушенного глотания;
- разработка программы лечебно-реабилитационных мероприятий.

Во время кормления о высокой вероятности дисфагии свидетельствуют следующие признаки, появляющиеся во время питья и приема пищи:

- Кашель или покашливание до, во время или после глотка;
- Изменение качества голоса во время или после глотания, например, «влажный» голос, «булькающий» голос, хрипота, временная потеря голоса;
- Затрудненное дыхание, прерывистое дыхание после глотания;
- Затруднения при жевании;
- Слюнотечение или неспособность сглатывать слюну;
- Выпадения пищи изо рта во время еды (это может быть следствием того, что у больного плохо смыкаются губы или его язык давит вперед во время глотка вместо нормальных движений вверх и назад);
- Срыгивание;
- «Смазанная» речь.

При подозрении на развитие поперхивания обязательно приглашается специалист по глотанию.

### **План обследования больного с нарушением глотания:**

- А. Сбор жалоб и анамнестических данных с обязательным уточнением информации о консистенции пищи, приводящей к дисфагии, условий её возникновения.
- Б. Клинический осмотр пациента, который включает в себя оценку глотания по разработанным стандартизированной скрининговой шкале, позволяющей определить

способ безопасного кормления и избежать вышеуказанных осложнений; проводится медсёстрами (Приложение 1).

Высокий риск аспирации в том случае, если имеются 2 или более предикторов из перечисленных ниже. Низкий риск аспирации если имеется 1 предиктор. Риск аспирации отсутствует, или таковые отсутствуют.

- ✓ Дизартрия (перед тестом)
- ✓ Дисфония (перед тестом)
- ✓ Аномальный кашель (перед тестированием)
- ✓ Слабые или отсутствие рвотного рефлекса (проверяется перед тестированием)
- ✓ Кашель (сразу же после проглатывания воды)
- ✓ Изменение голоса (в течение 1 минуты после проглатывания воды - просят сказать: «Ааа»)

Если риск аспирации отсутствует, то необходимо решить вопрос о выборе метода нутритивной поддержки. В том случае, если риск аспирации есть, то проводится тест оценки глотания с продуктами различной плотности, который проводит специалист по глотанию:

### **Тест оценки глотания с продуктами различной плотности и объёма (VVT)**

- 1. Нектар 5-10-20 мл** (если глотание на этом этапе нарушено, то необходимо перейти к тесту с пудингом)
- 2. Жидкость 5-10-20 мл** (если глотание на этом этапе нарушено, то необходимо перейти к тесту с пудингом)
- 3. Пудинг 5-10-20 мл**

**Консистенция нектар- густой кисель, мед, густая сметана  
(медленно стекает с ложки или ножа)**

**Консистенция жидкость- вода, сок, чай, кофе**

**Консистенция пудинг- пудинг, густой йогурт.**

**Критерии наличия дисфункции глотания (достаточно 1 критерия):**

- ✓ кашель,
- ✓ падение SO<sub>2</sub> на 3%,
- ✓ изменение фонации

- При отсутствии нарушений глотания- переход к нутритивной поддержке.
- Если на каком-либо этапе определяются критерии дисфункции глотания, то больной направляется на эндоскопическое исследование.

При проведении эндоскопического исследования проводится оценка по двум шкалам (Шкала оценки аспирации в соответствии с критериями Rosenbek и Федеральная эндоскопическая шкала по оценке тяжести дисфагии, таблицы 3 и 4)

Таблица 3. *Шкала оценки аспирации в соответствии с критериями Rosenbek (PAS)*

<i>Градация</i>	<i>Описание состояния дыхательных путей, гортани и трахеи)</i>
<i>1</i>	Пища не попадает в дыхательных путях
<i>2</i>	Пища попадает в дыхательные пути, остается выше голосовых связок, и откашливается из дыхательных путей
<i>3</i>	Пища попадает в дыхательные пути, остается выше голосовых связок, и не выводится из дыхательных путей
<i>4</i>	Пища попадает в дыхательные пути, соприкасается с голосовыми связками, и выбрасывается из дыхательных путей
<i>5</i>	Пища попадает в дыхательные пути, соприкасается с голосовыми связками и не выводится из дыхательных путей
<i>6</i>	Пища попадает в дыхательные пути, проходит ниже голосовых связок, и выбрасывается в гортани или из дыхательных путей
<i>7</i>	Пища поступает в дыхательные пути, проходит ниже голосовых связок, и не выводит из трахеи несмотря на усилия
<i>8</i>	Материал поступает в дыхательные пути, проходит ниже голосовых связок, а усилий, чтобы откашлять нет

Таблица 4. *Федеральная эндоскопическая шкала по оценке тяжести дисфагии (FEDSS)*



	<i>Основные выводы</i>	<i>Оценка</i>	<i>Возможные клинические последствия</i>
Слюна	Пенетрация /аспирация	Оценка 6	Отсутствие перорального питания, только зондовое питание
Пудинг	Пенетрация или аспирация без или с недостаточным защитным рефлексом	Оценка 5	Зондовое питание
Пудинг	Пенетрация /аспирация с адекватным защитным рефлексом	Оценка 4	Зондовое питание с небольшим пероральным приемом пудинга во время реабилитационных процедур
Жидкости	Пенетрация или аспирация без или с недостаточным защитным рефлексом	Оценка 4	Зондовое питание с небольшим пероральным приемом пудинга во время реабилитационных процедур
Жидкости	Пенетрация /аспирация с адекватным защитным рефлексом	Оценка 3	Пероральное питание пюреобразной пищей
Твердая пища	Пенетрация /аспирация с остатками пищи в грушевидных синусах	Оценка 2	Пероральное питание пудингом или жидкостью
Твердая пища	Нет пенетрации или аспирации, небольшой объем остатка в синусах	Оценка 1	Пероральное питание полутвердой пищей или жидкостями

После проведения всех тестов выполняется суммарная оценка выраженности дисфагии (таблица 5).

**Таблица 5. Суммарная оценка тяжести дисфагии**

Оценка в целом	<b>0 - Нет дисфагии</b>	<b>1 – легкая дисфагия</b>	<b>2 – умеренная дисфагия</b>	<b>3 – тяжелая дисфагия</b>	<b>4 – очень тяжелая дисфагия</b>
Шкала пенетрации-аспирации (PAS)	1	2	3 4	5 6	7 8
Эндоскопическая оценка тяжести дисфагии (FEDSS)	1	2	3	4 5	6

**СТАНДАРТИЗИРОВАННОЕ СКРИНИНГОВОЕ  
ТЕСТИРОВАНИЕ ФУНКЦИИ ГЛОТАНИЯ**

*Прежде, чем проводить тестирование – заполните этот лист (в течение первых 3-х часов с момента поступления пациента в стационар)*

Ф.И.О.: ..... Отделение \_\_\_\_\_ Палата .....

1. Пациент бодрствует или может быть разбужен? Реагирует на обращение? ДА

НЕТ

2. Может ли пациент быть посажен? Может ли сидя контролировать положение головы? ДА

НЕТ

Если вы ответили **НЕТ** хотя бы на 1 вопрос – остановитесь и

**НЕ ПРИСТУПАЙТЕ К ТЕСТИРОВАНИЮ**

*Производите повторные оценки каждые 24 часа. Обсудите вопросы питания и гидратации с врачами.*

3. Может ли пациент покашливать, если его попросить об этом? ДА

НЕТ

4. Может ли пациент контролировать слюну: вовремя проглатывать, не допускать истечение слюны изо рта? ДА

НЕТ

5. Может ли пациент облизать губы? ДА

НЕТ

6. Может ли пациент свободно дышать? ДА

НЕТ

*Если ответы на 3-6 вопросы «ДА» – переходите к тестированию*

*Если на любой из вопросов вы ответили «НЕТ» – ОБРАТИТЕСЬ ЗА КОНСУЛЬТАЦИЕЙ К СПЕЦИАЛИСТУ ПО ГЛОТАНИЮ*

7. Голос пациента влажный или хриплый? ДА  обратитесь к специалисту по глотанию

НЕТ  приступайте к тестированию

Если сомневаетесь, обсудите со специалистом по глотанию и/или врачом.

Лист заполнил(а):

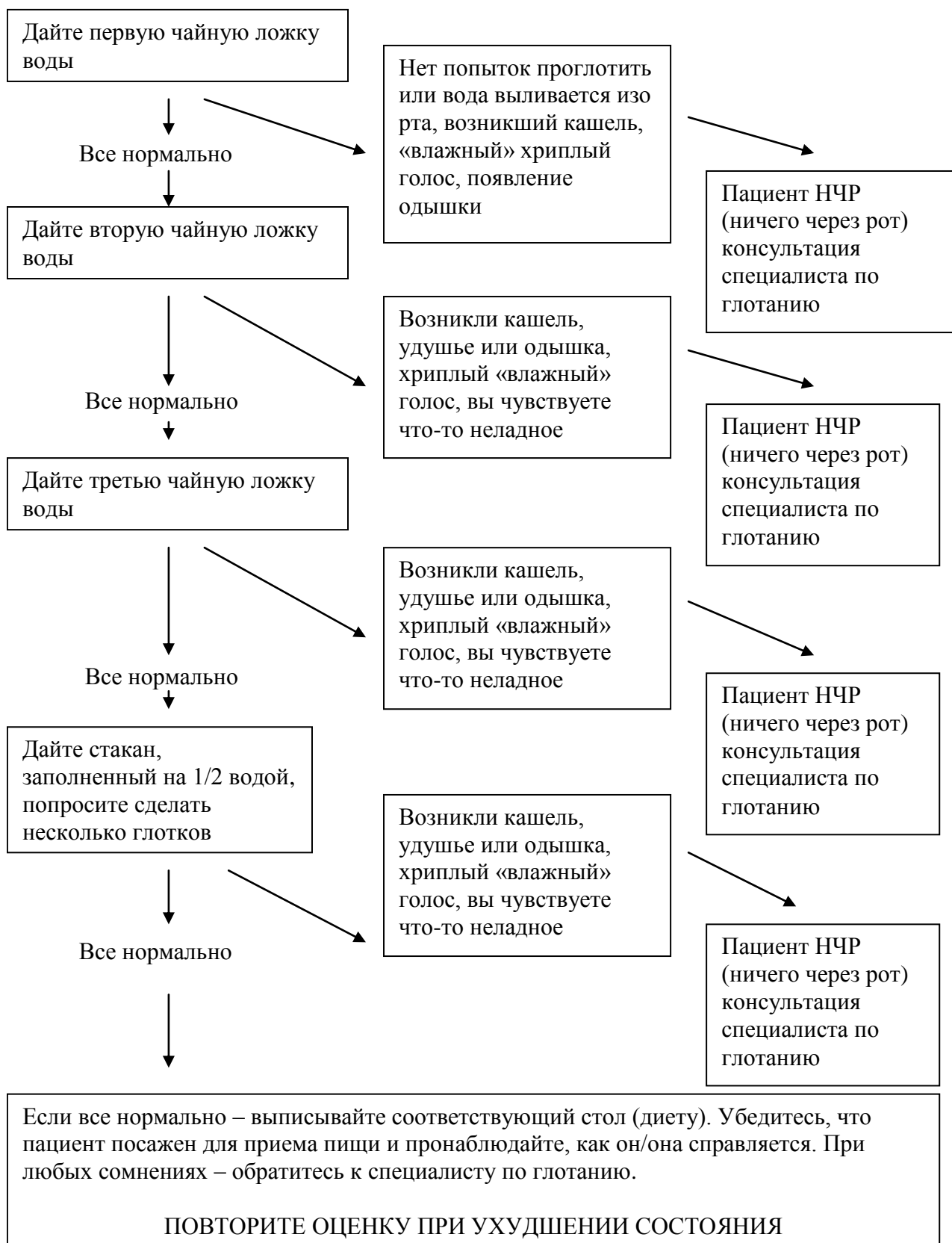
Дата: «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_

Время: \_\_\_ час. \_\_\_ мин.

Подпись: ..... /Фамилия...../

## СКРИНИНГОВОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ГЛОТАНИЯ

Пациент РАЗБУЖЕН и ПОСАЖЕН: Дата: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Скрининговое тестирование произвела:.....

## РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КОРМЛЕНИЮ

ИМЯ ПАЦИЕНТА \_\_\_\_\_

- ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПОЛНОСТЬЮ **РАЗБУЖЕН** ДЛЯ ПРИЕМА ПИЩИ ЧЕРЕЗ РОТ
- ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН БЫТЬ **ПОСАЖЕН** ДО ЕДЫ И ДОЛЖЕН ПРОВЕСТИ 20-30 МИНУТ СИДЯ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ПРИЕМА ПИЩИ

<b>КОНСИСТЕНЦИЯ ПИЩИ</b>	<b>ОДНОРОДНОЕ ПЮРЕ</b>	<b>НЕОДНОРОДНОЕ ПЮРЕ</b>	<b>МЯГКАЯ</b>	<b>НОРМАЛЬНА Я</b>
------------------------------	----------------------------	------------------------------	---------------	------------------------

<b>КОНСИСТЕНЦИ Я ЖИДКОСТИ</b>	<b>СМЕТАНА</b>  Держится на вилке	<b>МЁД</b>  Стекает с вилки крупными каплями	<b>КЕФИР</b>  Окутывает вилку, но быстро стекает	<b>ВОДА</b>  0
<b>ВИЛОЧНЫЙ ТЕСТ</b>				

1. Поза:  
изголовье 30° / 45° / 60° / сидя на кровати с полной поддержкой / сидя в кресле
2. Тип помощи:  
кормление с ложки / физическое сопровождение руки пациента / жестовые подсказки/  
вербальные подсказки / наблюдение
3. Кто кормит:  
специалист по глотанию / медсестра / сиделка / родственники / сам пациент
4. Где:  
В палате / в кабинете логопеда
5. Какое количество в рот за 1 раз:  
½ чайной ложки, чайная ложка, ½ десертной ложки, \_\_\_\_\_
6. Сколько раз в день пациент должен есть: \_\_\_\_\_
7. Какие и компенсации можно использовать: \_\_\_\_\_
8. Количество пищи и жидкости за 1 кормление: \_\_\_\_\_
9. Общая расчетная калорийность назначенного питания (30 ккал/кг веса, при дефиците веса 35 ккал/кг) \_\_\_\_\_
10. Общее расчетное количество жидкости за сутки: \_\_\_\_\_  
Из них внутрь: \_\_\_\_\_

Должность: \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

На «Алгоритме оценки и ведения дисфагии» зоны ответственности среднего медицинского персонала отмены зеленым цветом, специалиста по глотанию – красным, а совместная работа специалистов бригады – желтым.

# АЛГОРИТМ ОЦЕНКИ И ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИСФАГИЕЙ

Поступление пациента  
Осмотр невролога

**Скрининговое тестирование глотания (СТГ)**  
Производится постовой/палатной медсестрой или специалистом по глотанию не позднее, чем через 3 часа от момента поступления.  
Обязательно перед первым приемом пищи / жидкости / пероральных медикаментов!

Тестирование не было произведено из-за:

- нарушения сознания

- противопоказания для позиционирования в возвышенном положении изголовья 30° или 45°

- выраженности предупреждающих признаков дисфагии

Тестирование произведено. Результат:

Симптомы дисфагии есть

Симптомов дисфагии нет

Произвести в истории болезни запись о причинах отсрочки тестирования.  
Повторить попытку тестирования через 24 часа.

Назначение консультации специалиста по глотанию

До консультации специалиста по глотанию пациент НИЧЕГО не получает через рот (НЧР)

1. назначение лечебного стола
2. подсчет необходимого суточного потребления жидкости
3. мониторинг водного баланса (лист учета баланса введенной/выделенной жидкости)
4. контроль веса - взвешивание пациента 1 раз в неделю

Специалист по глотанию проводит углубленное клиническое тестирование (в дальнейшем – проводится не реже 1 раза в 3 дня).  
По показаниям:  
- видеофлюороскопическое исследование с барием  
- фиброэндоскопическое исследование

Назначение способа питания на ближайшие 1-3 дня совместно со специалистами МДБ

Альтернативное питание:  
- назогастральный зонд  
- установка гастростомы (через 3-4 недели)  
- парентеральное

Смешанное питание

Пероральное питание

Подбор консистенции пищи и жидкости (вилочный тест)

Обсуждение МДБ

Выбор питательной смеси, зонда, способа введения (болюсное, капельное)

**Рекомендации по кормлению**

Повторная оценка пациента всеми специалистами МДБ

**Углубленная клиническая оценка пациента специалистом по глотанию включает:**

1. Анамнез заболевания
2. Исключение/подтверждение имеющихся очаговых изменений в легких
3. Уровень сознания
4. Возможность сотрудничества
5. Концентрация внимания
6. Осознание пациентом трудностей, связанных с глотанием
7. Возможность контролировать слюну
8. Контроль пациентом позы
9. Утомление
10. Особенности ротовой полости, гортани, глотки
11. Наличие дизартрии
12. Состояние мимической мускулатуры
13. Оральная апраксия
14. Чувствительность oro-фациальной области
15. Движение глотки во время глотка
16. Проглатывание слюны
17. Возможность произвольного кашля

Оценка во время проглатывания пищи различной консистенции:

18. Апраксия глотания
19. Остаток пищи в ротовой полости после глотка
20. Кашель, поперхивание, прочистка горла
21. Отсроченное глотание



22. Недостаточный подъем гортани

23. Наличие хриплого голоса после проглатывания

24. Повторные глотки