



**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ
И ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФУНКЦИИ
ГЛОТАНИЯ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД
ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА**

Дисфагия



- Нарушение функции глотания, которая возникает в следствии поражения органов ротовой полости, глотки, пищевода, нервной системы.
- Сопровождается затруднением или дискомфортом в продвижении пищи изо рта в желудок.

СТАДИИ ГЛОТАНИЯ

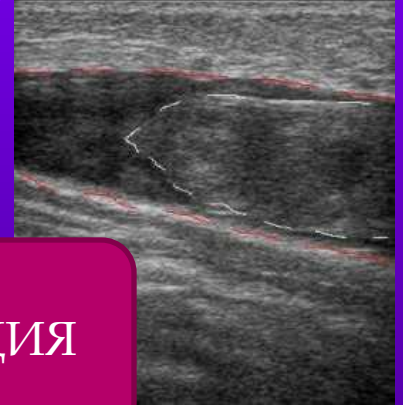
ПО LOGEMANN, 1983

1. Произвольная оральная подготовительная стадия
2. Произвольная оральная трансферная стадия
3. Непроизвольная фарингеальная стадия
4. Непроизвольная эзофагальная стадия

По данным литературы
нарушения глотания или
дисфагия имеет место у 22-65%
(Borus GJ, 2009, Peery, 2001;
Kumlien et Axelsson, 2002)
пациентов с инсультом,
достигая 60-87% при
использовании методов
визуализации (ФЭЭС, ВФС)

ДИСФАГИЯ

ОСТРАЯ
ОБСТРУКЦИЯ
ДЫХАТЕЛЬНЫХ
ПУТЕЙ



ДЕГИДРАТАЦИЯ



АЛИМЕНТАРНЫЙ
ДЕФИЦИТ

АСПИРАЦИЯ



КАТАБОЛИЗМ
МЫШЕЧНОЙ
МАССЫ,
ИСТОЩЕНИЕ

ДИСФАГИЯ

=

ЗАВИСИМОСТЬ!



СКРИНИНГ НАРУШЕНИЙ ГЛОТАНИЯ
И РЕШЕНИЕ ВОПРОСА
О ПИТАНИИ ЧЕРЕЗ РОТ
ПРИ ИНСУЛЬТЕ
ДОЛЖНЫ БЫТЬ ВЫПОЛНЕНЫ
В ТЕЧЕНИЕ

24 ЧАСОВ

ОТ МОМЕНТА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ
ДО НАЧАЛА ПРИЕМА ПИЩИ,
ЖИДКОСТИ ИЛИ
МЕДИКАМЕНТОВ ЧЕРЕЗ РОТ

ТЕСТ ТРЕХ ГЛОТКОВ

 ИБ №
 / /

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ГЛОТАНИЯ

Симптомы, настораживающие в отношении дисфагии

| | | | | |
|----|--|--|--|--|
| 1 | Затруднение жевания | | | |
| 2 | Нарушение гигиены рта | | | |
| 3 | Слюнотечение и неспособность глотать слюну | | | |
| 4 | Неаккуратное пищевое поведение, выпадение пищи во время еды изо рта | | | |
| 5 | Смазанная речь | | | |
| 6 | Кашель или постоянная прочистка горла до, во время или после еды | | | |
| 7 | Изменение качества голоса во время или после глотания («булькающий» голос, хрипота, временная потеря голоса) | | | |
| 8 | Срыгивание | | | |
| 9 | Затрудненное дыхание, удушье | | | |
| 10 | Повышение температуры тела | | | |
| 11 | Снижение веса | | | |
| 12 | Потеря интереса к еде, плохой аппетит или отказ от пищи | | | |
| 13 | Увеличение продолжительности сна после еды | | | |
| 14 | Ощущение, что еда или жидкость застревает в горле во время еды | | | |
| 15 | Тревожность по поводу приема пищи у больного | | | |

ПОДГОТОВКА К ОЦЕНКЕ ГЛОТАНИЯ

- Пациент активно **бодрствует** и **активно реагирует** на обращение к нему.

 Пациент находится в **положении сидя** (при необходимости посадить)

 Пациент может самостоятельно контролировать **положение головы**
- Пациент может **покашлять**

 Пациент может **контролировать слюну** (проглатывать во время, нет слюнотечения изо рта)

 Пациент может **свободно дышать**
- Голос не влажный** и **не хриплый**

ОЦЕНКА ГЛОТАНИЯ

1 чайная ложка воды

SO2 До Через 30 с

OK

-
- Нет попыток проглотить.
-
-
- Вода выливается изо рта
-
-
- Кашель или прочистка горла
-
-
- Влажный или хриплый голос
-
-
- Одышка, затруднение дыхания, удушье
-
-
- Срыгивание

2 чайная ложка воды

SO2 До Через 30 с

OK

-
- Нет попыток проглотить.
-
-
- Вода выливается изо рта
-
-
- Кашель или прочистка горла
-
-
- Влажный или хриплый голос
-
-
- Одышка, затруднение дыхания, удушье
-
-
- Срыгивание

3 чайная ложка воды

SO2 До Через 30 с

OK

-
- Нет попыток проглотить.
-
-
- Вода выливается изо рта
-
-
- Кашель или прочистка горла
-
-
- Влажный или хриплый голос
-
-
- Одышка, затруднение дыхания, удушье
-
-
- Срыгивание

½ стакана воды

SO2 До Через 30 с

OK

-
- Нет попыток проглотить.
-
-
- Вода выливается изо рта
-
-
- Кашель или прочистка горла
-
-
- Влажный или хриплый голос

СКРИНИНГОВЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ГЛОТАНИЯ

МОГУТ ПРОВОДИТЬ

СПЕЦИАЛЬНО

ОБУЧЕННЫЕ

МЕДСЕСТРЫ,

ЛОГОПЕДЫ,

НЕВРОЛОГИИ,

ВРАЧИ-РЕАБИЛИТОЛОГИ

НА ЗАЩИТЕ ГЛОТАНИЯ



РАННЯЯ АСПИРАЦИЯ

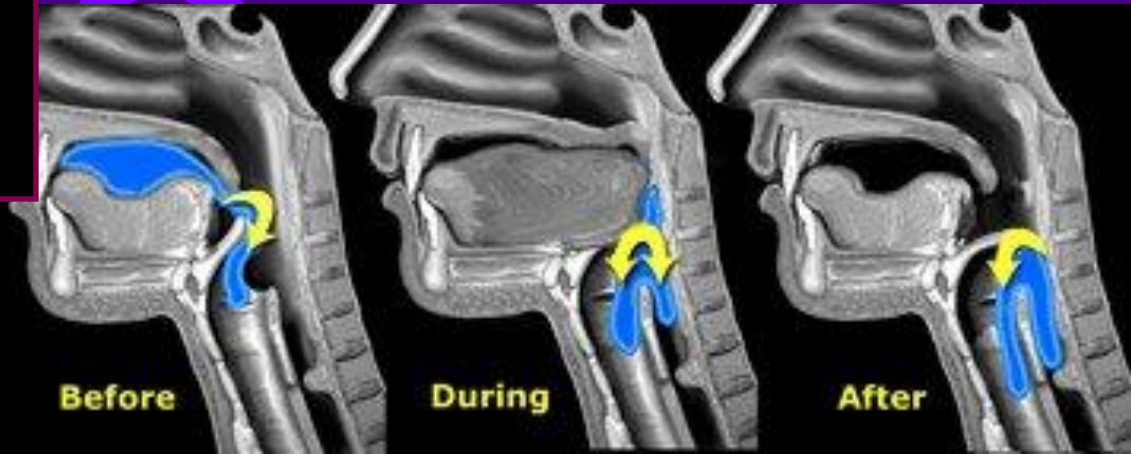
Нарушенная чувствительности ротовой полости (накопление пищи за щекой и др)

Парез мышц ЯЗЫКА, щек и мягкого неба

Утраченные или неправильно сформированные стереотипы жевания и глотания, в том числе неправильное положение языка

Отсутствие глотательного рефлекса

Неоптимальное положение головы, шеи и туловища (гравитация, оптимальная длина мышц)



ПРИЗНАКИ НАЛИЧИЯ АСПИРАЦИИ ДО НАЧАЛА ГЛОТАНИЯ

- Невозможность удержать пищу в ротовой полости, течение слюны
- Заброс пищи в носовую полость
- Нарушение процесса жевания
- Остатки пищи за щекой, особенно на стороне поражения
- Нарушение формирования пищевого комка и продвижения его к корню языка

МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ РАННЕЙ АСПИРАЦИИ

- Оптимальное положение для принятия пищи – СИДЯ!!!
- Проверка ротовой полости до и после еды, удаление остатков пищи, гигиена ротовой полости – персоналом или пациентом!
- Подбор оптимальной консистенции пищи
- Методы стимуляции чувствительности (лед, осторожный массаж обычной и электрической зубной щеткой, усилители вкуса)
- Внутриротовые техники массажа и зарядки
- Артикуляционная и мимическая гимнастика
- Применение компенсаторных маневров (приведение подбородка, поворот головы и пр.)

Рекомендации по процессу кормления

- **1. Подготовка оборудования**
- Подходящий стол и стул
- Поддерживающие предметы, например подушки
- Специальные кружки, ножи, тарелки, нескользящие коврики
- Салфетки

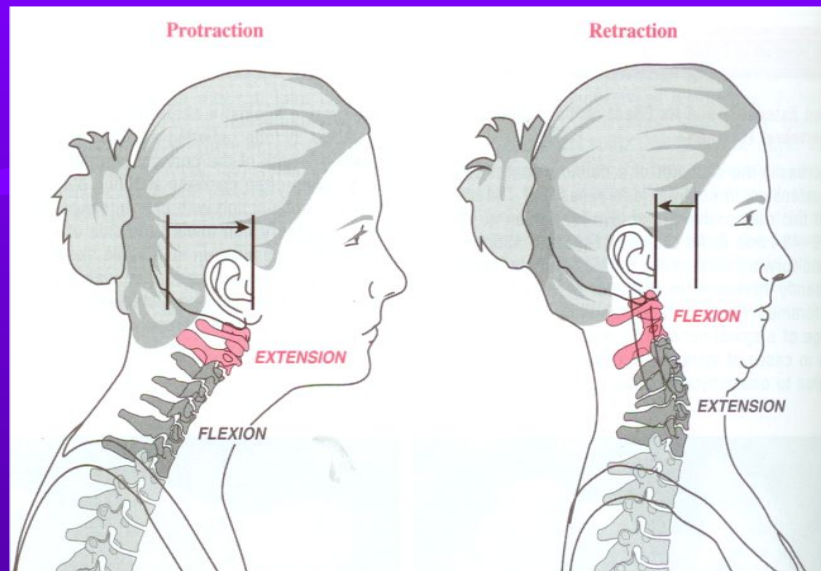
- **2. Создание соответствующей атмосферы**
- Хочет ли пациент есть вместе с другими
- Обеспечение изолированности пациента, если это необходимо
- Ограничение отвлекающих моментов до минимума (выключить телевизор, радио, установить ширму/задернуть занавеси вокруг пациента)
- Создание спокойной, положительной, ненапряженной атмосферы

- **3. Подготовка пациента**
- Очищение ротовой полости
- Правильное позиционирование

Рекомендации по характеру пищи

- Логопед определяет подходящую консистенцию пищи
- Старайтесь, чтобы еда выглядела аппетитной.
- Постарайтесь, чтобы она была достаточно теплой, так как пациентам с дисфагией требуется длительное время для приема пищи.
- Если пациент не чувствует теплую пищу во рту или у него повышенная чувствительность, кормите его пищей комнатной температуры.
- Предлагайте твердую и жидкую пищу в разное время. Таким образом, жидкости не будут проталкивать твердую пищу вниз по глотке, и пациент не будет глотать плохо прожеванную пищу или поперхиваться жидкостью. Обе эти предосторожности снижают риск аспирации.

50%



55%

Фиксация головы в положении кивания вперед была оптимальна для пациентов с двусторонним поражением и приводила к увеличению объема глотка у 50% пациентов.

В положении с запрокинутой головой значительное снижение объема глотка имело место у 55% пациентов.

При одностороннем поражении ЧМН увеличение объема глотка имело место при повороте головы в сторону поражения функции и регистрировалось в 67% случаев.

ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ В КРОВАТИ при кормлении

- Приподнимите пациента на изголовье в кровати, используя подушки для поддержки
- Разместите подушки вдоль туловища таким образом, чтобы создать позицию по средней линии
- Голова и шея должны быть расположены с легким наклоном вперед
- Слегка согните колени, подложив под них валик/подушку для облегчения движения диафрагмы

ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ В КРЕСЛЕ при кормлении

- Ноги должны стоять на ровной поверхности или на полу
- Распределение веса пациента в отношении бедер должно быть равномерным, это облегчает вертикальное расположение и препятствует отклонению тела в ту или другую стороны.
- Туловище должно быть вертикальным, в случае необходимости поддержано подушками
- Голова должна быть по средней линии в нейтральной позиции с шеей, слегка согнутой, это помогает защитить воздухоносные пути и препятствует случайному попаданию пищи в трахею

МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ АСПИРАЦИИ ПОСЛЕ ГЛОТАНИЯ

- Чередование твердой и жидкой пищи для удаления остатков из глоточных карманов
- Сохранение возвышенного положения головного конца в течение 10-15 минут после еды
- Нормализация перистальтики желудочно-кишечного тракта
- Лечение эзофагита



**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ !**