Министерство здравоохранения России
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
Кафедра неврологии и нейрохирургии
Кафедра физических методов лечения и спортивной медицины

Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных

Методическое пособие

Часть 3

ЛОГОПЕДИЯ
ГЛОТАНИЕ

Санкт-Петербург 2003

Методическое пособие подготовлено сотрудниками кафедры неврологии и нейрохирургии с клиникой СПбГМУ им. И.П.Павлова, кафедры физических методов лечения и спортивной медицины, отделения ЛФК, поликлиники № 33 Приморского района Санкт-Петербурга

Рецензенты: профессор **М.Д.Дидур**, профессор **М.М.Одинак**

Под редакцией академика РАМН, профессора **А.А.Скоромца**

Авторский коллектив:

Камаева О.В. – ассистент кафедры физических методов лечения и спортивной медицины СПбГМУ им. И.П. Павлова

Полина Монро – врач-невролог, координатор программы Российско-Британского сотрудничества в области неврологии, Великобритания

Буракова З.Ф. – логопед клиники неврологии СПбГМУ им. И.П. Павлова
Зычкова О.Б. – логопед поликлиники № 33 Приморского района СПб
Иванова А.А. – ст. медсестра клиники неврологии СПбГМУ им. И.П.Павлова
Сорокоумов В.А.- профессор кафедры неврологии СПбГМУ им. И.П. Павлова
Тищенко М.Е. – инструктор отделения ЛФК , клинический специалист по ведению больных с дисфункцией тазовых органов

Аннотация

В методическом пособии изложены сведения, которые являются учебным материалом для практического освоения основ мультидисциплинарного подхода в ведении и ранней реабилитации неврологических больных. Содержится программа обучения членов мультидисциплинарной бригады ведению больных в остром периоде мозгового инсульта, а также при проведении реабилитационных мероприятий у неврологических больных, включая страдающих рассеянным склерозом.

Методическое пособие состоит из 6 частей, каждая из которых предназначена для отдельных членов мультидисциплинарной бригады.

Выражаем благодарность нашим британским и шведским коллегам – неврологам, физическим терапевтам, эрготерапевтам, логопедам и медсестрам за возможность использовать при подготовке данного учебного пособия материалы, любезно ими предоставленные во время взаимных стажировок в Великобритании, Швеции и России.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЧЛЕНОВ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ БРИГАДЫ В РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ С НАРУШЕНИЯМИ ГЛОТАНИЯ И С НАРУШЕНИЯМИ КОММУНИКАТИВНОЙ ФУНКЦИИ

Содержание:

1. Логопедия. Роль логопеда..... 4
2. Как улучшить общение пациента с нарушенной коммуникацией..... 5
3. Глотание. Дисфагия..... 7
4. Группы пациентов с риском дисфагии..... 8
5. Механизм нормального глотания..... 10
6. Предварительная оценка..... 13
7. Предостерегающие знаки и симптомы дисфагии..... 13
8. Процедура тестирования глотания..... 14
9. Практические направления в кормлении пациентов с нарушенным глотанием 17
10. Позиционирование..... 18
11. Выбор пищи..... 18
12. Когда возникают проблемы – что делать?..... 20
13. Приложения:

- 3-1 Скрининговое тестирование глотания..... 21
- 3-2 Основные направления в кормлении и глотании..... 23
- 3-3 Типы жидкостей для пациентов с дисфагиями..... 24
- 3-4 Еда, которую легко проглотить..... 24
- 3-5 Классификация структуры еды с примерами..... 24
- 3-6 Инструкция по кормлению..... 25

Общение с пациентом, даже полностью лишенным речи, должно быть таким же, как и говорящим. Все члены бригады внимательно вслушиваются во все, что пытается сказать пациент, и поддерживают его положительной репликой. Необходимо стимулировать его речь, даже если это не речь, а лишь речеподобное звукообразование. Беседа должна проходить в размеренно- медленном темпе и негромким голосом. В задаваемых вопросах нужно стараться соблюдать интервалы. Пациент должен всегда видеть приветливый взгляд окружающих его людей. Не следует задавать ежедневно одни и те же стереотипные вопросы. К пациенту всегда надо обращаться по имени и отчеству.

При разговоре пациент должен видеть лицо говорящего. При непонимании каких-либо фраз, инструкций, возможно использование жестов, рисунка (пиктограммы). Если возникает затруднение в разговоре пациенту можно помочь, произнося первые слова или первый слог слова. Беседы всегда строятся на конкретных ситуациях, не забывая и об эмоциональной и смысловой значимости. Члены бригады должны знать, что волнует пациента и оказать необходимую ему поддержку. Во время общения с членами бригады пациенты рассказывают о своей жизни до болезни, о своей профессии, о том, как проходит лечение и о его планах на будущее.

Каждому пациенту необходимо внимание, учитывая его индивидуальные особенности. Используя в общении положительные эмоции и указывая на его минимальные успехи, а так же осторожно обходя все, что пока для него трудно, необходимо создать у него уверенность в своих силах и возможности преодолеть болезнь.

При поступлении на лечение в неврологический стационар, пациенту с речевыми нарушениями необходимо обследование и лечение у логопеда.

Логопед обязан:

- проверить экспрессивную речь (произносительная сторона), в которую входят различные виды речи: самостоятельная (монологическая) речь, автоматизированная, диалогическая, повторение и называние;
- проверить просодику речи (ритм, темп, плавность, ударение);
- оценить импрессивную речь (понимание), письменную речь, чтение, счет, письмо, нарушение праксиса и гнозиса.

Роль логопеда – обеспечить оптимальное ОБЩЕНИЕ пациента с окружающими, даже если пациент не может говорить.

КАК УЛУЧШИТЬ ОБЩЕНИЕ У ПАЦИЕНТА С НАРУШЕННОЙ КОММУНИКАЦИЕЙ

1. Необходимо **включать пациента** с нарушенной функцией общения **в разговор** и объяснять другим людям о необходимости вовлечения его в беседу.

2. Следует дать пациенту с трудностями в общении **достаточное количество времени.** Такому пациенту необходимо дополнительное время и для того, чтобы понять собеседников и для того, чтобы попытаться самому выразить свои мысли. Это, пожалуй, наиболее важный аспект, в котором Вы можете помочь человеку с трудностями общения. Такой пациент может достичь своего максимального потенциала при расслаблении. Иногда стремление пациентов попытаться сказать как можно лучше может осложнять уже имеющуюся проблему.

3. Необходимо **убрать внешние отвлекающие факторы**. Такой пациент не всегда может отвлечься от другого разговора в комнате, от звуков различных бытовых приборов или телевизора, от людей, проходящих мимо. В больнице желательно по возможности закрыть шторы, выключить телевизор, радио.

4. **Говорить** с пациентом с проблемами общения надо **медленно**, но **сохраняя естественную интонацию и ритм**.

5. В общении следует использовать **простой, конкретный язык**, понятный для такого человека. Пациенту часто бывает трудно понимать юмор, сарказм, излишнее употребление которых другими собеседниками может привести его к стрессу.

6. **Нельзя быстро менять тему разговора**. Пациенту необходимо дополнительное время, чтобы включиться в разговор, в тему беседы. По этой причине надо:

- избегать по мере возможности групповых разговоров
- использовать вводные слова
  «Я хочу спросить Вас…»
  «Между прочим…»
  «Давайте поговорим…»
- попытаться для начала сообщить одну мысль
- использовать короткие предложения
- использовать контекст так, чтобы пациент понимал, к чему Вы его отсылаете

7. Необходимо **делать паузы между фразами**, что позволяет глубже погрузиться в смысл
   « Ваши очки…в ящике…около кровати»

8. Следует **использовать меньше двусмысленных фраз**. В процессе разговора уточняйте *что, где, когда, кто* в процессе разговора.
   Лучше сказать «Я положу таблетки в ящик», чем «Я положу их здесь»

9. **Не следует кричать**. Если Вы подозреваете потерю слуха у пациента, необходимо провести соответствующую диагностику.

10. **Убедитесь, что пациент Вас понимает**.

Вам нужно:

- попросить пациента попробовать пересказать вашу информацию, если его экспрессивные возможности позволяют сделать это
- повторить свое сообщение различными способами:

« Какой Ваш адрес?»

«Где Вы живете?»

«Откуда Вы родом?»

«Как называется Ваша улица?»

- быть осторожными, чтобы не ошибиться в распознавании нарушений, различные виды нарушений коммуникации – это стрессовый фактор для пациента и многие пытаются скрыть свои проблемы. Как правило, если у человека серьезные нарушения в экспрессивной речи, то часто они сопровождаются проблемами понимания речи.

11. **Убедитесь, что Вы поняли пациента**.

Вам нужно:

- остановить разговор, как только вы перестанете понимать, с тем, чтобы облегчить возвращение к предыдущему
- поддерживать слова ДА – НЕТ киванием или качанием головы или с помощью жестов большого пальца вверх-вниз, чтобы избежать неправильного понимания пациента
- наблюдать за выражением лица пациента
- оставлять трудные темы и двигаться к другой теме, слова иногда появляются непроизвольно, когда пациент переключается

12. Всегда **поддерживайте** у пациента **стремление к общению** путем:

- использования других альтернативных систем общения (письма, рисования, жестов)
- поощрения любых попыток к общению – НИКОГДА не критикуйте способ общения пациента, каким бы незавершенным или неправильным он не был

13. Пытайтесь **взять на себя ответственность за разговор**. Например, если Вы вынуждены завершить разговор, потому что Вы просто не понимаете пациента, попытайтесь это сделать по взаимному согласию. Пациенту нужно участвовать в этом решении. Вы можете спросить «Это важно?», «Может быть, пока оставим эту тему?»

14. Никогда **не делайте вид, что Вы все понимаете** в общении с пациентом. Человек может случайно понять, что Вы делаете и решить, что Вам неинтересно то, что он говорит. Кроме того, пациент может не осознавать своих ошибок, что может привести к отсутствию возникновения самокоррекции.

15. **Не ожидайте слишком многого от самого себя**. Разговаривать с пациентом с нарушенным общением очень трудно вне зависимости от методов и приемов работы. Это непростая психологическая ситуация. Не разочаровывайтесь, если Вы не можете понять всего, что говорит пациент.

ГЛОТАНИЕ

Глотание является сложным процессом, включающим в себя функционирование различных групп мышц и черепно-мозговых нервов. Если какая-либо часть этой сложной системы перестает функционировать правильно, что часто возникает вследствие перенесенного ОНМК и ряда других заболеваний, это ведет к возникновению у пациентов трудностей приема жидкостей и пищи. У пациентов часто возникает проблема нарушенного глотания –дисфагия. Такие состояния являются стрессовым и опасным фактором для пациентов.

Приведенная ниже информация необходима не только для всех членов мультидисциплинарной бригады, вовлеченных в работу с неврологическими пациентами, но также будет полезна для лиц, осуществляющих уход за пациентами и для родственников пациентов.

ДИСФАГИЯ

Термин «глотание», по определению одного из основоположников работы в данном направлении Logemann (1983), подразумевает помещение еды в ротовую полость, прохождение ее через оральную и фарингиальную стадии и достижение ее пищевода через крикофарингиальный сфинктер.

Дисфагия – это термин используемый для описания трудностей глотания при приеме пищи и жидкости.
Дисфагия может вызвать аспирацию – проникновение инородных тел в легкие. Аспирация может быть причиной удушья, инфекции дыхательных путей, пневмонии. Аспирация может быть НЕЗАМЕТНОЙ (отсутствие кашля)! Аспирационная пневмония – это результат проникновения бактерий, которые могли быть занесены из ротовой полости в легкие.

Очень важно поддерживать хорошую гигиену ротовой полости и регулярно очищать ротовую полость пациентов, у которых отмечается повышенная секреция.

Безопасное глотание важно для поддержания жизни, здоровья и психологической состоятельности пациентов.

Цели служб занимающихся дисфагиями:

- обеспечить соответствующую помощь пациентам с нарушенным глотанием внутри имеющихся ресурсов
- улучшить реабилитацию по программе МДБ и направлять/рекомендовать пациентов в другие службы, если это необходимо
- быть вовлеченными в планирование и обеспечение помощи пациентам с нарушенным глотанием

ГРУППЫ ПАЦИЕНТОВ С РИСКОМ ДИСФАГИИ

Инсульт – острое нарушение мозгового кровообращения, характеризующееся очаговыми и общемозговыми симптомами, которые сохраняются более 24 часов. Примерно ¼ - ½ случаев приводит к дисфагии разной степени. Выздоровление наиболее часто в течение трех недель.

Выявлено нарушение определенных этапов глотания в зависимости от уровня поражения:

Каудальный отдел ствола мозга (продолговатый мозг) – значительная ротоглоточная дисфагия.

Оральный отдел ствола мозга (мост) – задержка начала глоточной фазы.

Кора мозга:

* левое полушарие – задержка инициации ротового глотка и легкая задержка в прохождении по рту и начала глоточной фазы.

* правое полушарие – легкая задержка в прохождении по рту и умеренная глоточная задержка.

Травматическое повреждение мозга - повреждение полушарий мозга, ствола или черепных нервов может привести к дисфагии, часто осложненное сопутствующими повреждениями, такими как когнитивные нарушения.

Новообразования - могут быть локализованы в полушариях коры головного мозга, стволе мозга, основании черепа, повреждать черепные нервы, и возникающим симптомам дисфагии могут сопутствовать проявления вовлечения этих структур.

Ятрогенная дисфагия – может быть вызвана хирургическим вмешательством. Симптомы дисфагии сопровождаются очагами разрушения структур, вовлеченных в патологический процесс, и возможно развитие ротоглоточная дисфагия вследствие гемиглоссэктомии. А так же после трахеотомии пациенты с трахеотомическими трубками часто развивается глоточная дисфагия из-за эффектов трубки на гортанные движения и изменений дыхания.

При медикаментозном лечении различные лекарства могут вызвать или усиливать дисфагию.

Радиотерапии ротоглотки может приводить к снижению подвижности вовлеченных мышц, что так же является причиной дисфагии.

Болезнь Паркинсона - прогрессирующая дегенерация нейронов в подкорковой и стволовой областях мозга. Эти изменения приводят к нарушениям глотания в виде повторяющихся круговых движений языка, задержки инициации глотка, снижению движений корня языка и сокращениям стенок глотки и, соответственно, риску аспирации остатками из глотки после глотка.

Заболевание мотонейрона / боковой амиатрофический склероз (БАС) – связано с дегенерацией верхнего и нижнего мотонейронов в головном и спинном мозге, что приводит к кортикобульбарным нарушениям глотания. Зачастую первые признаки

БАС – может быть прогрессирующая слабость языка, смыкания губ, функции небной занавески, глоточного сокращения и поднятия гортани.

Детский церебральный паралич – это группа заболеваний, которые являются результатом поражения головного мозга в перинатальном периоде и приводят к стойким двигательным нарушениям, которые могут вызывать ротоглоточную дисфагию. Распространены хаотичные движения языка, патологические рефлексы и затруднения с определением положения языка.

Деменция различного генеза - нарастающая утрата приобретенных навыков и высших мозговых функций. Может проявляться агнозией пищи, апраксией кормления и глотания, и, как следствие, приводить к снижению питания, задержкой начала глотка и слабостью значительно возрастающие во время кормления, и как следствие глоточной фазы.

Синдром Гийена – Барре – острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулонейропатия мультифакторного генеза, вызывающее быстрое развитие пареза и, как правило, медленное восстановление. В тяжелых случаях может приводить к афагии.

Рассеянный склероз – хроническое воспалительное демиелинизирующее заболевание ЦНС. Для данного заболевания характерно формирование множественных бляшек и повреждение ядер черепных нервов, кортикобульбарных, кортикоспинальных и отчасти спиноцеребеллярных трактов. Возможно развитие различных симптомов дисфагии, в зависимости от очага поражения.

Болезнь Гентингтона – прогрессирующая дегенерация нейронов подкорковых ганглиев и коры, сопровождающееся гиперкинезами, паркинсонизмом, атаксией, и дальнейшим развитием в клинической картине психических расстройств, слабоумие и непроизвольные движения – хорея. Типичными являются ротоглоточная и пищеводная дисфагии.

Болезнь Вильсона – Коновалова – наследственное заболевание, связанное с нарушением метаболизма меди и поражением печени и головного мозга, с развитием гиперкинезов, атаксии, паркинсонизма, выраженных психических расстройств. Наиболее часто – глоточная дисфагия.

Кривошея и дистония – тип гиперкинезов, характеризующийся неправильным распределением мышечного тонуса туловища и конечностей. Очаговая дистония, такая как кривошея, вызывает ротоглоточную дисфагию, посредством позиционных эффектов и/или дистонии мышц ротовой полости или глотки.

Полиомиелит - вирусное поражение мотонейронов спинного мозга и ствола головного мозга, характеризующееся острым развитием слабости мышц и боли.

Сидром Постполио – развитие дегенерации мотонейронов и мышечной слабости через несколько лет после перенесенного полиомиелита.

Возникающие трудности при глотании представлены снижением движений языка, снижением велофарингеального закрытия во время глотка, снижением глоточного сокращения, односторонним глоточным параличом.

Миастения – хроническое аутоиммунное заболевание, в основе которого лежит выработка АТ к ацетилхолиновым рецепторам постсинаптической мембраны, проявляется патологическим утомлением мышц, в частности, мышц лица и глотки, что ведет к утомлению во время глотка с восстановлением во время отдыха.

Проявляется как утомление мускулатуры. Черепные нервы зачастую повреждены. Ведет к утомлению во время глотка с восстановлением во время отдыха.

Миопатии – группа заболеваний, характеризующиеся поражением мышц. Миопатии подразделяют на миотонии, мышечные дистрофии, собственно миопатии, периодические параличи, характеризующиеся мышечной слабостью и нарушением различных фаз глотания. Так, например, для ***миотонии*** характерно затяжное сокращение мышечного волокна и трудность последующей релаксации. Наблюдаются ротовая и глоточная дисфагии. При ***дерматомиозитах*** важным признаком может быть полимиозит, приводящий к снижению глоточного сокращения и дисфункции перстнеглоточной мышцы.

Хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ). Общее название для ряда заболеваний дыхательной системы: хронический обструктивный бронхит, бронхиальная астма, эмфизема и пневмофиброз. Обычно наблюдается нарушения при закрытии дыхательных путей и аспирация во время глотка.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ И ГЛОТАНИЕ

Следующие виды препаратов, влияющих на уровень сознания пациента, должны насторожить Вас в отношении возможных нарушений глотания:

- психотропные
- нейролептики
- мышечные релаксанты
- барбитураты
- седативные
- болеутоляющие (на основе морфия)

МЕХАНИЗМ НОРМАЛЬНОГО ГЛОТАНИЯ

Для того чтобы понять проблему нарушенного глотания, необходимо представлять функционирование механизма глотания в норме.

При нормальном глотании рассматривают **четыре фазы** механизма глотания:

- Орально-подготовительная фаза
- Орально-трансферная фаза

- Фарингиальная фаза
- Эзофагальная фаза

Эти фазы взаимозависимы друг от друга и высоко координированы.

ОРАЛЬНО-ПОДГОТОВИТЕЛЬНАЯ ФАЗА (произвольная)

- Еда или жидкость помещаются в ротовую полость
- Губы смыкаются (препятствуя выпадению еды или жидкости)
- Пища жуется, смешивается со слюной
- Формируется пищевой комок (болюс) с помощью языка, щек, неба

Длительность фазы: зависит от консистенции пищи. Пациенты с проблемами зубов или протезами нуждаются в дополнительном времени для завершения этой фазы.

Задействованы V, VII, XII пары черепных нервов.

ОРАЛЬНО-ТРАНСФЕРНАЯ (ротовая) ФАЗА - произвольная

- Инициируется, когда начинаются задние движения языка к болюсу
- Назальная полость закрывается за счет поднятия мягкого неба
- Болюс продвигается вперед с помощью языка к задней поверхности ротовой полости
- Запускается глотательный рефлекс

Длительность: Примерно 1 секунда.

Задействована XII пара черепных нервов.

ФАРИНГИАЛЬНАЯ (глоточная) ФАЗА – эта фаза абсолютно непроизвольная

- Начинается с запуска глотательного рефлекса
- Гортань поднимается и наклоняется вперед, приводя к опусканию надгортанника и смыканию голосовых связок для предотвращения попадания пищи и жидкостей в дыхательные пути
- Дыхание приостанавливается
- Язык движется, создавая давление, и это давление продвигает болюс в глотку и открывает верхнюю часть эзофагального сфинктера (крикофарингиальный сфинктер), позволяя еде поступить в пищевод.

Длительность: 1-2 секунды.

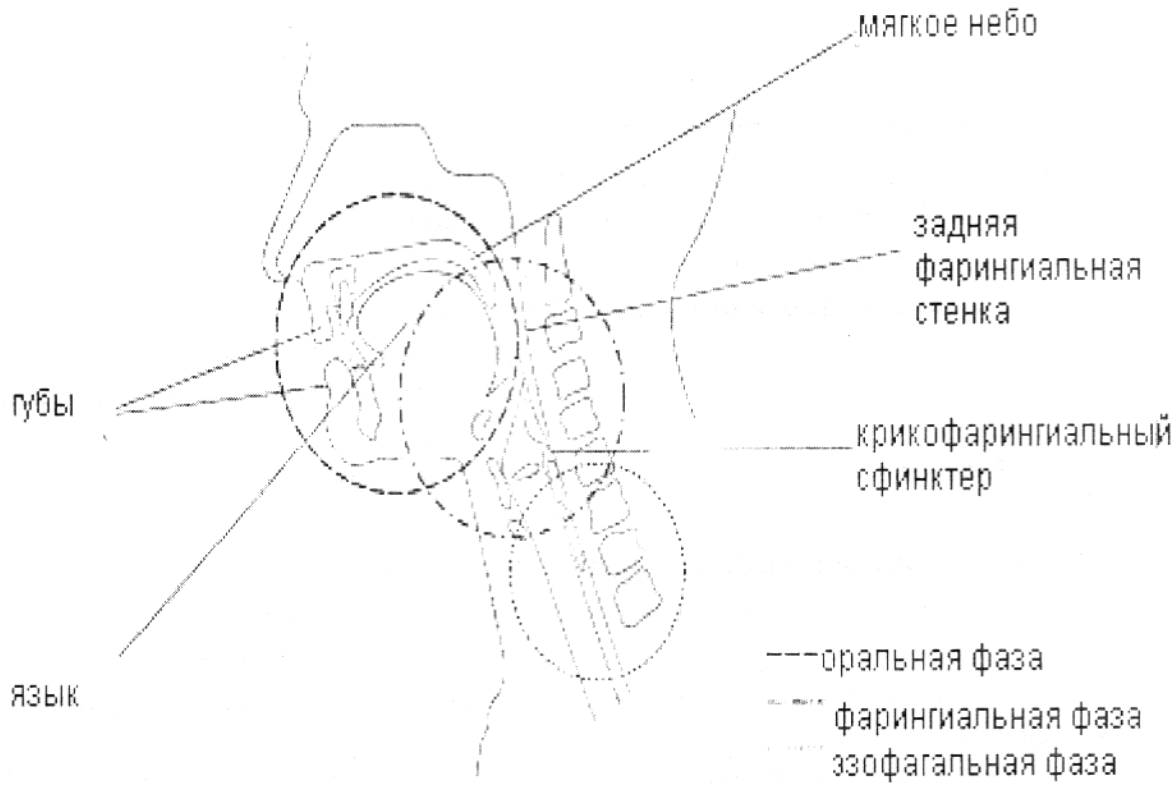
Задействованы IX, X, XI пары черепных нервов.

ЭЗОФАГАЛЬНАЯ (пищеводная) ФАЗА (8-20 секунд) - непроизвольная

- Верхний сфинктер пищевода закрывается, предотвращая попадание пищи в дыхательные пути.
- Еда движется вниз в желудок с помощью перистальтики.

Длительность: 8-20 секунд.

Задействована X пара черепных нервов.



ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ФАЗ В ПРОЦЕССЕ ГЛОТАНИЯ

Аспирация – проникновение содержимого полости рта ниже уровня голосовых складок.

Тихая аспирация – **аспирация без кашля.**

Подготовка пищи во рту.	**Нарушение глотания.**
Ослабление смыкания губ.	Слюнотечение и выпадение пищи изо рта.
Ослабление движений и координаци языка.	**Трудности с формированием и удержание комка.**
Снижение тонуса щек.	Откладывание пищи за щекой.
Снижение чувствительности слизис рта.	Трудности в инициации глотка.
Ротовая фаза.	
Ограничение подвижности языка и движений вперед – назад.	1. Нарушение продвижения пищевого комка 2. Остатки пищи сохраняются в ротовой пол
Ослабление смыкания языка и неба.	Неконтролируемый комок / ранний глоток.

Глоточная фаза.	
Задержанная глоточная фаза.	Аспирация перед глотком.
Снижение глоточного сокращения.	Остатки пищи после глотка.
Снижение движений корня языка в задн направлении.	1. Остатки пищи после глотка. 2. Аспирация после глотка.
Нарушение поднятия гортани.	Попадание пищи в верхние дыхательные пути
Задержка закрытия входа в дыхате пути.	1. Попадание пищи в верхние дыхательные 2. Аспирация после глотка.
Задержка гортанного закрытия.	Аспирация во время глотка.
Снижение передних гортанных движени	1. Остатки в грушевидных синусах. 2. Аспирация после глотка.

Проблемы глотания наименее вероятны на пищеводной стадии. Самая частая проблема – снижение пищеводной перистальтики, которое позволяет пище скапливаться на входе в пищевод, где она может попадать во вновь открывающиеся дыхательные пути.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА

Первоначальная оценка функции глотания у пациентов должна включать следующие вопросы:

«Как вы себя чувствуете?»

«Нет ли у вас затруднения при глотании твердой пищи?»

«Нет ли у вас затруднения при глотании жидкостей?»

«Уточните, что происходит при глотке?»

«Вы кашляете или задыхаетесь при глотке?»

«Чувствуете ли вы, что пища застревает у вас в горле?»

«Что, по-вашему, облегчает глоток?»

Внимательное выслушивание ответов поможет выявить возможную проблему дисфагии, вовремя направить пациента к специалисту, занимающемуся проблемами нарушенного глотания и разработать эффективный план лечения.

Всем членам МДБ, а также ухаживающим за пациентом лицам, родственникам пациентам необходимо знать предостерегающие знаки и симптомы нарушенного глотания.

ПРЕДОСТРЕГАЮЩИЕ ЗНАКИ И СИМПТОМЫ ДИСФАГИИ

Проявления и симптомы дисфагии – острые и/ или хронические.

- Затруднение жевания;
- Нарушение гигиены рта;

- Слюнотечение или неспособность сглатывать слюну;
- Неаккуратное пищевое поведение, выпадения пищи изо рта во время еды;
- Смазанная речь;
- Кашель или прочистка горла до, во время или после глотка;
- Изменение качества голоса во время или после глотания, например, булькающий голос, хрипота, временная потеря голоса;
- Срыгивание;
- Затрудненное дыхание, удушье, прерывистость дыхания;
- Снижение во время еды / питья насыщения кислородом крови;
- Визуальные признаки затруднения при еде или питье;
- Аспирационная пневмония, случаи рецидива аспирационной пневмонии и другие инфекции органов грудной клетки;
- Повышение температуры;
- Снижение веса;
- Потеря интереса к еде, плохой аппетит или отказ от пищи;
- Увеличение продолжительности акта еды;
- Ощущение, что пища / жидкость «застревает» в горле во время глотания;
- Избегание специфических типов пищи, например трудности с сухой ломкой пищей, такой как печенье;
- Тревожность по поводу приема пищи/жидкостей

При выявлении указанных знаков и симптомов необходимо СРОЧНО обратиться к специалисту, занимающемуся проблемами нарушенного глотания для дальнейшей диагностики и лечения пациента.

КАЖДОМУ ПАЦИЕНТУ, ОТНОСЯЩЕМУСЯ К ГРУППАМ РИСКА, ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ДОЛЖНО БЫТЬ ПРОВЕДЕНО СКРИНИНГОВОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ГЛОТАНИЯ.

См. Приложение № 3-1

Прежде, чем предложить пациенту пищу или питье, <u>постовая медсестра</u> должна провести скрининговое тестирование глотания.

Тест сам по себе построен в виде блок-схемы и поможет провести тестирование в логической последовательности. Важно всегда начинать и заканчивать каждый уровень перед продвижением дальше.

<u>Этап 1:</u>

Начните обследование с анкетных данных пациента, а затем перейдите следующим вопросам.

Как вы видите, на этом уровне выясняется, насколько пациент готов к исследованию. Попробуйте разбудить пациента голосом или движениями. Способен ли

пациент бодрствовать и готов ли он к общению или снова засыпает? Кажется ли он способным отвечать, даже если не может нормально говорить?

Если ответ на это уровень **НЕТ**, пациент **НЧР** = ничего через рот. Следующее тестирование должно быть проведено в течение 24 часов. За это время состояние обследуемого может улучшиться. Попробуйте учесть наиболее подходящее время, когда пациент наиболее активен и не утомлен занятием ЛФК или исследованиями.

Этап 2:

Следующий шаг – дайте пациенту чайную ложку воды, которая содержит отмеренный и небольшой по размерам объем. Опыт показывает, что большой объем может вызвать аспирацию у пациентов с дисфагией.

- Есть ли у пациента попытка глотнуть? Если у пациента большие проблемы при глотании перейдите к блоку справа. Отметьте, не выливается ли вода изо рта. Если вы попали в этот блок, вы должны отнести пациента к категории НЧР и направить его к специалисту по глотанию и языковой терапии. Если нет, вернитесь к первому блоку.
- Если пациент сделал попытку проглотить, например, попробовал двигать ртом или гортань поднялась, переходите на следующий уровень. Вы можете почувствовать поднятие гортани визуально или на ощупь, положив пальцы на горло пациента.

Перейдите к блоку следующего уровня.

Дайте пациенту вторую чайную ложку воды и внимательно посмотрите на последствия. Послушайте голос пациента, задайте какой-нибудь вопрос или попросите сказать «а-а-ах».

- Если у пациента появились какие-либо затруднения, перейдите к блоку направо. Проблемы могут включать любые симптомы, перечисленные в правом блоке, отметьте один из них, если вы его заметили. Если вы отметили «другие причины» пожалуйста, напишите свой вариант. Если вы перешли в этот блок, вы должны отнести пациента к категории НЧР и обратиться к специалисту по глотанию и языковой терапии.
- Если у пациента не наблюдается никаких проблем на этой стадии, переходите к следующему уровню.

Перейдите к блоку следующего уровня.

Дайте пациенту третью чайную ложку воды. Слушайте и наблюдайте, как прежде.

- Если у пациента есть проблемы, перейдите в правый блок. Отметьте любые конкретные проблемы, которые вы заметили в правом блоке, и, как и в предыдущем разделе, напишите любую причину, почему вы чувствуете глоток небезопасным. Если вы перешли в этот блок, вы должны поставить пациенту НЧР и обратиться к специалисту по глотанию и языковой терапии.
- Если у пациента не наблюдается никаких проблем с ложками воды, переходите к следующему уровню.

Перейдите к блоку следующего уровня.

Теперь дайте пациенту чашку воды для питья маленькими глотками. Помогите пациенту, по возможности, самостоятельно попить не спеша, так как это будет способствовать координации глотка. Пациент должен начать с маленьких глотков, но если не возникает никаких проблем, дальнейшее питье может проводиться, а может и нет. Каждый пьет по-разному. Если пациент собирается выпить воду залпом в один или в два глотка, не разрешайте ему, так как этого недостаточно для оценки маленьких глоточков.

- Если проблемы возникают на этой стадии, перейдите на право и отметьте любой дефицит из списка. Как и прежде, поставьте пациенту НЧР и обратитесь к специалисту по глотанию и языковой терапии.
- Если у пациента нет проблем во время тестирования – ему разрешается самостоятельно пить жидкость.

Специалист по глотанию или медсестра проводят дальнейшее исследование функции глотания:

1. Исследование глотания твердой пищи. Это может производиться во время еды или вы можете специально что-то дать пациенту. Следует учитывать, какая пища подходит пациенту, например, для беззубых необходима более мягкая пища. Посмотрите ранее отмеченные проблемы. Если они есть, обратитесь к специалисту по глотанию и языковой терапии.

2. Удостоверьтесь перед кормлением, что пациент сидит вертикально. Не забывайте следовать этому правилу со всеми пациентами, с которыми это возможно.

3. Перед едой проверьте снова пробу со стаканом воды. Это простая процедура не требует времени, просто дайте пациенту воду и наблюдайте. Это выявит ухудшение.

4. Повторите оценку, если вы заметили ухудшение глотания, повторите тестирование.

Проверка двигательных функций оро-фациального отдела.

Существует несколько способов оценки:

• Попросить пациента улыбнуться или нахмуриться. Асимметричная улыбка или опущенный угол рта означают слабость мышц лица.

• Попросите пациента нажать языком на каждую щеку, затем высунуть язык и подвигать из стороны в сторону. Если он чего- либо не может сделать, можно заподозрить мышечную слабость.

- Наблюдайте за ним во время жевания и глотка. Если пища выпадает или пациент выплевывает ее изо рта, у него, возможно, плохо смыкаются губы или его язык давит вперед во время глотка (вместо нормальных движений вверх и назад).
- Сразу после глотка нужно обследовать полость рта, если пища откладывается между щекой и деснами или между нижней губой и деснами, это может быть связано со слабостью языка.

Рефлекторный кашель пациента – и произвольный, и непроизвольный – защищает дыхательные пути от аспирации. Не следует думать, что отсутствие кашля или хрипов - это хороший признак. Если сенсорная часть X пары черепных нервов повреждена, позыв к кашлю при попадании пищи в трахею подавлен. Эти пациенты, кажущиеся нормальными «глотателями», могут в действительности оказаться «тихими аспираторами».

Для предотвращения данного заблуждения попросите пациента произнести «ах»: влажные, булькающие или хриплые звуки означают аспирацию. Если вы услышите эти звуки, немедленно прекратите кормление *per os*. Нужно провести аускультацию легких на наличие хрипов и ослабление дыхания. При подозрении на инфекцию в легких необходима консультация терапевта, рентгенография легких и исследование глотания с «контрастом». Если вы выявили аспирацию, нужно ставить вопрос о целесообразности постановки назогастрального зонда для кормления.

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ В КОРМЛЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕННЫМ ГЛОТАНИЕМ

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
- Обеспечьте изолированность пациента, если это необходимо
- Ограничьте отвлекающие моменты до минимума (выключите телевизор, радио, установите ширму/задерните занавеси вокруг пациента)
- Постарайтесь создать спокойную, положительную, ненапряженную атмосферу

3. Подготовка пациента

ОЧИЩЕНИЕ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ

Это является существенным для глотания. Удалите все остатки пищи и секрецию.

УБЕДИТЕСЬ, ЧТО ОЧКИ, СЛУХОВОЙ АППАРАТ И ПРОТЕЗЫ используются в случае их необходимости.

Позиционирование пациента

Когда это возможно, пациент должен сидеть в кресле во время еды. Это позволяет увеличить безопасность пациента во время глотания и снизить риск аспирации. Сидение в кресле также позволяет нормализовать тонус пациента.

ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ В КРЕСЛЕ

- 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.

ПАЦИЕНТЫ С ИНСУЛЬТОМ могут быть проинструктированы о необходимости наклона головы для облегчения глотания и чтобы снизить риск попадания пищи на стороне поражения в глотку.

Используйте подушки, чтобы поддержать пациента в правильном положении для того, чтобы он мог сосредоточить свои силы на самом процессе глотания, а не на удержании нужной позиции тела.

ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ В КРОВАТИ

Если пациент не может быть пересажен в прикроватное кресло, создайте удобное полувертикальное положение в кровати.

- 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
- Слегка согните колени, подложив под них валик/подушку

4. Выбор пищи

Необходимо подобрать соответствующую диету исходя из имеющегося нарушения и пищевых предпочтений пациента.

- 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.

Полужесткая пища переносится лучше всего: она стимулирует чувствительность слизистой рта и улучшает возможность глотания. Такая пища, как запеканка, густой йогурт, протертые фрукты и овощи, приготовляемые каши - достаточно жидкие, чтобы не жевать, достаточно густые, чтобы формировать пищевой комок и однородные. Старайтесь избегать молока, сиропа и бананов, продуктов которые могут быть вязкими и образовывать слизь. Йогурт и прессованный творог хорошо переносятся и, кроме того, являются хорошими источниками кальция. Избегайте очень сухой пищи, такой как крекеры.

Если пациент не может жевать, пища в виде пюре не рекомендуется, так как пациент может быть не способен определить, что он ест, к тому же полный рот пюре может привести к аспирации. Рубленая пища лучше пюре, в ней больше структурных частиц, которые являются хорошими стимулами для глотка.

Когда больной начинает есть, ему надо напомнить о том, что нужно поместить пищу на здоровую сторону. Это снижает риск аспирации. Никогда не предлагайте больше одной ложки за раз. Обратите внимание на важность полного опорожнения ротовой полости после каждого куска во избежание откладывания пищи на поврежденной стороне. Пациент должен пальцем «подмести» поврежденную сторону и удалить пищу после каждого глотка. Это поможет предупредить аспирацию.

Жидкости представляют особую опасность для пациентов с дисфагией:

1. ***Соломинки могут быть опасны***. Пациент, возможно, имеет недостаточно плотное смыкание губ, необходимое для удержания трубочки, а также, соломинка может слишком далеко забрасывать жидкость в рот, увеличивая риск аспирации. До тех пор пока специалист по глотанию не обследует пациента и не скажет обратное, уберите все соломинки.
2. Если у пациента слабый или заторможенный глотательный рефлекс, держите его стакан наполненным на ¾, чтобы ему не пришлось слишком запрокидывать голову.

Если пациент не переносит жидкости, можно добавить соки и суп в твердую пищу или подобрать пациенту густую жидкость (кисель, кефир, йогурт) или сгустить жидкости фабрично изготовленным сгустителем.

Количество слюны – это другая потенциальная проблема во время еды. Если у пациента слишком мало слюны, предложите ему совершать круговые движения языком за щеками. Если у него слишком много слюны, посоветуйте ему собирать ее языком и глотать каждые 15 минут во время еды.

Опасность аспирации продолжается и после еды. Из-за нарушения глоточной и пищеводной фаз глотания необходимо для уменьшения риска, держать пациента в вертикальном положении 45 – 60 минут после еды и не проводить никаких

диагностических процедур в это время. В конце концов, каждый раз, когда риск аспирации велик, держите отсасывающее оборудование в доступном месте.

Дисфагия – неприятное и рискованное состояние для любого пациента. Но если вы отличаете нормальное глотание от нарушенного и делаете питание пациента настолько надежным, насколько это возможно, вы вместе с пациентом будете контролировать эту проблему. С помощью вашей оценки, точного планирования и правильных предосторожностей во время еды, глотание пациента будет безопасным, и он получит необходимый объем пищи и удовольствие от еды.

КОГДА ВОЗНИКАЮТ ПРОБЛЕМЫ - ЧТО ДЕЛАТЬ?

ДЕЛАТЬ:

- отмечать любые проявления со стороны пациента связанные с глотанием (например, если пациент кашляет выяснить почему. Существует ли план лечения?)
- всегда должна быть связь с медсестринским персоналом
- вызвать помощь, если подозреваются серьезные проблемы
- сохранять спокойствие
- предоставлять достаточное количество времени для кормления пациентов с нарушенным глотанием
- попросить пациента откашляться. Это защищает дыхательную систему
- обеспечить выбор пациента, даже если он находится на пюре или мягкой диете

НЕ ДЕЛАТЬ

- кормить пациента, если у Вас возникают сомнения по поводу его глотания
- игнорировать предостерегающие знаки и симптомы дисфагии
- кормить пациента в случае Вашего незнания плана лечения, например, "кормить пациента в соответствии с инструкциями и планом лечения" (знаете ли Вы эти инструкции?)
- принимать на себя решение о том, что пациент вполне может справиться с жидкостями, если он находится на пюре / мягкой диете

ВЫВОДЫ - ЧТО НУЖНО ПОМНИТЬ

- Давайте только небольшое количество пищи одномоментно.
- Пища и питье должны всегда аппетитно выглядеть и пахнуть.
- Обычно более грубая пища, например каша, с меньшей вероятностью. чем жидкая, например суп, попадает в дыхательные пути.
- Не давайте напитки вместе с пищей. Напитки должны даваться до или после нее.
- Никогда не кормите лежащего человека.
- Никогда не запрокидывайте голову пациента назад во время кормления.
- Зубы и протезы необходимо чистить как минимум два раза в день, чтобы быть уверенным в чистоте полости рта.
- Необходимо отводить достаточное количество времени для приема пищи. Важно, чтобы во время приема пищи пациент чувствовал себя безопасно и получал удовольствие.

Приложение № 3-1

СТАНДАРТИЗИРОВАННОЕ СКРИНИНГОВОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ФУНКЦИИ ГЛОТАНИЯ Этап I

Прежде, чем проводить тестирование – заполните этот лист (в течение первых 24-х часов после поступления пациента на отделение)

Ф.И.О.:……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 покашлять, 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**

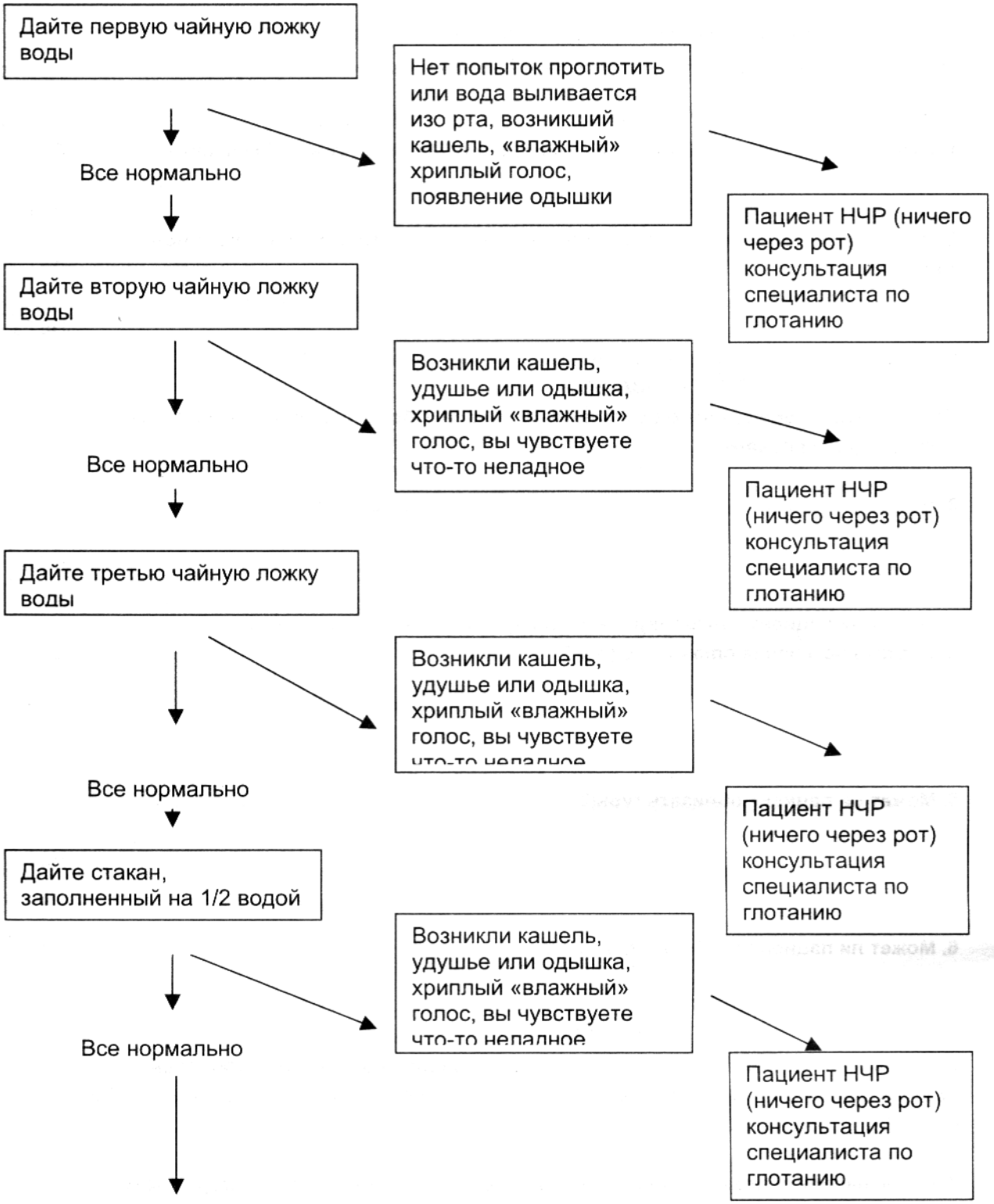
НЕТ ☐ **приступайте к тестированию**

Если сомневаетесь, обсудите с опытной м/с и врачами.
Лист заполнила:
Дата: «_____» _____ Время: _____чч. _____мин.

Подпись:…… /Фамилия……../

Скрининговое тестирование глотания Этап II:

ПАЦИЕНТ РАЗБУЖЕН И ПОСАЖЕН: Дата:___/____/____



Если все нормально – выписывайте соответствующий стол (диету). Убедитесь, что пациент **посажен** для приема пищи и пронаблюдайте, как он/она справляется. При любых сомнениях – обратитесь к специалисту по глотанию.

ПОВТОРИТЕ ОЦЕНКУ ПРИ УХУДШЕНИИ СОСТОЯНИЯ.

Если нет сомнений, продолжайте работу и не теряйте бдительности.

Скрининговое тестирование произвела:.....

Приложение № 3-2

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В КОРМЛЕНИИ И ГЛОТАНИИ

Пациент_____ Дата _____

Положение сидя при кормлении	ДА	НЕТ
Может есть сам/требуется помощь	ДА	НЕТ
Требуется постоянная помощь	ДА	НЕТ

_____

_____

ЖИДКОСТЬ

С помощью чайной ложки / глотки

Консистенция:
Обычная жидкость / сироп / кремообразная / густая

_____

_____

ДИЕТА

Однородное пюре / все необходимо толочь / мягкая / нормальная

Давать с чайной ложки / обычной ложки / по желанию

_____

_____

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СОВЕТЫ:

Если появляются признаки аспирации необходимо срочно связаться с врачом

Подпись специалиста по глотанию_____

Данная в Приложении 3-2 форма должна быть заполнена специалистом по глотанию на каждого пациента с нарушенным глотанием.

Приложение № 3-3

ТИПЫ ЖИДКОСТЕЙ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИСФАГИЯМИ

1. Обычная жидкость (вода)
2. Консистенция сиропа
3. Консистенция жидкого меда
4. Консистенция йогурта

Приложение № 3-4

ЕДА, КОТОРУЮ ЛЕГКО ГЛОТАТЬ

Корнеплоды овощей : Нарезанная кубиками или размятая репа, брюква, пастернак, морковь, картофель

Другие овощи: Цветная капуста, брокколи, авокадо

Картофель: Сваренный, испеченый, размятый (с маслом)

Мясо: Фарш, очень тщательно нарубленное мясо (отбивная) с подливкой

Рыба: Испеченая рыба/ приготовленная на гриле с соусом, камбала/сардины , в т.ч. в томатном соусе, предпочтительна рыба однородной структуры, чем слоистой (пикша, треска как правило бывают слишком твердые)

Яйца: Омлет, яичница - болтунья или всмятку

Фрукты: Бананы, печеные яблоки, яблочное пюре, зрелые яблоки, зрелые груши

Десерты: Мороженое, мягкий щербет, муссы, бламанше, желе, рисовый пудинг, йогурт (не все люди любят его), крем (включая яичный крем), соевый пудинг

Молочные продукты: Мягкие сыры

Каши: Овсяная, более твердые - разваривать с молоком

Приложение № 3-5

КЛАССИФИКАЦИЯ СТРУКТУРЫ ЕДЫ С ПРИМЕРАМИ

Твердая	яблоко
Необходимо жевать	приготовленное мясо
Мягкая	кекс, хлеб/масло (не хрустящие)
Твердая с добавлением жидкости	мюсли с молоком
Мягкая с добавлением жидкости	каша, кукурузные хлопья с молоком
Сравнительно густая мягкая	йогурт, банан
Сравнительно густая твердая	тушеное мясо и рыба
Жидкости	молоко, вода, апельсиновый сок
Легко скользящие	масло, муссы

Мягкая диета, например, включает мясной фарш, пластинчатую рыбу, мягкие фрукты, овощи и размятый картофель (с добавлением масла, маргарина)

Мягкая гладкая диета - еда мягкая и однородная, например мясное пюре с подливой, рыба в соусе, размятые мягкие овощи, картофель, молочный пудинг, фруктовый йогурт

Пюреобразная диета (гомогенизированная) - пюре, изготавливаемое с помощью миксера и добавлена жидкость, например, мясное пюре, картофель, овощи и фрукты, мягкий йогурт, мусс, рисовый пудинг.

Приложение № 3-6

ИНСТРУКЦИИ 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

КОНСИСТЕНЦИЯ ПИЩИ	**ЖИДКОЕ ПЮРЕ**	**ГУСТОЕ ПЮРЕ**	**МЯГКАЯ**	**НОРМАЛЬНАЯ**

КОНСИСТЕНЦИЯ ЖИДКОСТИ **ВИЛОЧНЫЙ ТЕСТ**	МУСС **Держится на вилке**	ЙОГУРТ **Стекает с вилки крупными каплями**	СИРОП **Окутывает вилку, но быстро стекает**	ВОДА **0**

РЕКОМЕНДАЦИИ

-
-

Должность _____

Подпись _____

Дата _____