

# Ведение пациентов с нейрогенной дисфагией в остром периоде инсульта (междисциплинарный подход)

С.Н.Норвилс<sup>✉</sup>, И.В.Царева, А.Н.Старицын, А.В.Ярославцев, В.А.Ануфриев, Т.В.Ануфриева

ГБУЗ Городская клиническая больница №79 Департамента здравоохранения г. Москвы. 115487, Россия, Москва, ул. Академика Миллионщикова, д. 1

Цель данной статьи – показать важную роль междисциплинарного подхода в ведении пациентов с нейрогенной дисфагией, своевременности выявления нарушений функции глотания, адекватности назначения способов питания, значимости восстановительных методов терапии. Описание клинического случая основывается на данных из медицинской карты пациентки, находившейся на лечении в первичном сосудистом отделении в остром периоде стволового инсульта. Дана оценка скоординированным действиям междисциплинарной бригады в рамках проведенных реабилитационных мероприятий, в результате которых удалось избежать летального исхода и выписать пациентку из стационара в стабильном состоянии, с пероральным способом питания.

**Ключевые слова:** нейрогенная дисфагия, дизартрия, междисциплинарный подход, нутриционный статус, аспирационная пневмония, ателектаз легкого, санационная бронхоскопия, реабилитационные мероприятия, компьютерная томография, стандартизированная скрининговая шкала.

<sup>✉</sup>info@gkb79.mosgorzdrav.ru

**Для цитирования:** Норвилс С.Н., Царева И.В., Старицын А.Н. и др. Ведение пациентов с нейрогенной дисфагией в остром периоде инсульта (междисциплинарный подход). *Consilium Medicum*. 2015; 17 (9): 50–54.

## Management of patients with neurogenic dysphagia in acute stroke (multidisciplinary approach)

S.N.Norvils<sup>✉</sup>, I.V.Tsareva, A.N.Staritsyn, A.V.Yaroslavcev, V.A.Anoufrieve, T.V.Anufrieva

City clinical hospital №79 of the Department of Health of Moscow. 115487, Russian Federation, Moscow, ul. Akademika Millionshchikova, d. 1

The purpose of this article is to show an important role of a multidisciplinary approach in the management of patients with neurogenic dysphagia, early detection of swallowing dysfunction, adequacy purpose way of feeding, the importance of rehabilitation treatments. The description of a clinical case is based on data from a medical record of the patient who was treated in primary vascular department in acute brainstem stroke. The estimation of an multidisciplinary team coordinated action in the framework of rehabilitation measures, resulting in avoided mortality and discharge the patient from the hospital in a stable state, with oral feeding.

**Key words:** neurogenic dysphagia, dysarthria, multidisciplinary approach, nutritional status, aspiration pneumonia, pulmonary atelectasis, remedial bronchoscopy, rehabilitation measures, computer tomography scanner, standardized screening scale.

<sup>✉</sup>info@gkb79.mosgorzdrav.ru

**For citation:** Norvils S.N., Tsareva I.V., Staritsyn A.N. et al. Management of patients with neurogenic dysphagia in acute stroke (multidisciplinary approach). *Consilium Medicum*. 2015; 17 (9): 50–54.

Дисфагия (греч. dys + phagein – есть, глотать) – это нарушение функции глотания, при котором отмечается ощущение дискомфорта или затруднение транспортировки пищевого болуса изо рта в желудок.

Дисфагия является частым спутником инсульта и диагностируется у 20–80% пациентов в остром периоде заболевания [1]. Поскольку расстройство акта глотания при инсульте имеет, как правило, нейрогенное происхождение и определяется рядом неврологических нарушений и дисфункций (нейродвигательных, нейрочувствительных, коркового управления), у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) предпочтительнее использовать термин «нейрогенная дисфагия».

Нейрогенная дисфагия – это нарушение координированных последовательных движений мышц в акте глотания, при котором пероральный прием пищи или жидкости является небезопасным. Отсутствие или ослабление коркового контроля; слабость лицевых мышц; снижение уровня чувствительности, а также ограничение движений нижней челюсти, губ, языка, мягкого неба приводят к затруднению продвижения болусов из ротовой полости к глотке. Жалобы отмечаются во время или после еды/питья/сглатывания слюны. Нарушение функционального взаимодействия структур, участвующих в акте глотания, приводит к тому, что больной не способен совершить даже элементарный глоток. Срыв сенсомоторного управления процессом глотания и приводит к нейрогенной дисфагии.

Причиной перечисленных расстройств могут служить поражения разных уровней нервной системы (кора, подкорковые образования, ствол мозга, мозжечок, периферические нервы, мышцы и сенсорные рецепторы).

Нарушение функции глотания зачастую ассоциируется с худшим функциональным исходом заболевания [2]. Дис-

фагия влечет за собой осложнения со стороны дыхательной системы, изменения нутриционного статуса, обезвоживание и истощение. Голодание или недостаточное питание активизирует катаболические процессы, способствует развитию инфекций, быстрому появлению пролежней вследствие нарушения трофики тканей, что значительно отягчает течение острого инсульта. В результате гиповолемии снижается артериальное давление (АД), появляются запоры, сухость слизистых оболочек, развивается почечная недостаточность. Ненормативный глоток увеличивает риск попадания частиц пищи, жидкости, слюны в дыхательные пути, что увеличивает риск развития аспирационной пневмонии и ателектаза легкого. Аспирационные пневмонии, по разным данным, становятся причиной летального исхода от 20 до 62% лиц с нейрогенной дисфагией [3]. Дисфагия приводит к нарушению психического статуса больного вплоть до развития тяжелых депрессий. Качество жизни пациента резко ухудшается. Все перечисленные осложнения в критическом состоянии могут привести к увеличению продолжительности периода госпитализации и в итоге – летальному исходу.

Предупредить нейрогенную дисфагию нельзя, но при качественной оценке нарушений функции глотания и адекватно подобранном лечении можно предотвратить развитие медицинских осложнений и тем самым снизить дополнительные финансовые затраты на терапию.

В соответствии с рекомендациями Европейской инициативы по профилактике и лечению инсульта (European Stroke Initiative – EUSI, 2003) проверка функции глотания у всех пациентов, поступающих в стационар с диагнозом «инсульт», является обязательной в протоколе курации больного, а коррекция дисфагии при ее обнаружении и обеспечение адекватного питания должны быть

неотъемлемыми составляющими базисного лечения инсульта [4].

Чрезвычайно важно определить наличие нарушений глотания на ранней стадии инсульта, выявить причину данных расстройств и назначить соответствующие реабилитационные мероприятия в целях предотвращения развития тяжелых осложнений.

Диагностика и терапия дисфагии требуют междисциплинарного подхода. Все специалисты первичного сосудистого отделения ГБУЗ ГКБ №79, вовлеченные в реабилитационный процесс, работают в команде, обсуждая стратегию и тактику ведения больных данной категории.

Алгоритм обследования пациента с нарушением глотания:

1. Оценка физического и неврологического статуса больного врачом-реаниматологом и/или неврологом.

2. Оценка функции глотания по стандартизированной скрининговой шкале медицинской сестрой (тест 3 глотков).

3. Проведение логопедом медико-логопедического исследования функции глотания, включающего более детальную оценку симптомов дисфагии для определения плана лечения с учетом тяжести общего состояния больного и возможности осуществления с ним контакта (в соответствии со стандартами специализированной медицинской помощи при инфаркте мозга).

4. Совместное обсуждение врачами и логопедом результатов оценки функции глотания и выбора способа питания больного (модификационная диета или постановка назогастрального зонда – НГЗ).

5. Оценка врачом лечебной физкультуры (ЛФК) двигательных возможностей пациента, его способности постурального контроля; определение функциональных резервов больного посредством проведения малонагрузочного функционального тестирования и последующее совместное обсуждение с логопедом подбора оптимальной позы во время приема пищи.

6. Расчет энергетической ценности модифицированных по консистенции продуктов врачом-неврологом и диетологом.

7. Разработка логопедом рекомендаций для среднего медицинского персонала и родственников больного по правилам кормления пациента и ухода за ротовой полостью.

По окончании диагностики междисциплинарная бригада проводит реабилитационные мероприятия и мониторинг состояния нарушенной функции.

В данной статье на примере больной Н. в остром периоде стволового инсульта продемонстрированы координированные действия междисциплинарной бригады в рамках проведения реабилитационных мероприятий, в результате которых удалось избежать летального исхода и выписать пациентку из стационара в стабильном состоянии с физиологичным питанием.

### Клинический случай

**Больная Н.** 76 лет (1938 год рождения), 11.02.15 в 20 ч 38 мин была доставлена бригадой скорой медицинской помощи в ГБУЗ ГКБ №79 с жалобами на головокружение, головную боль, тошноту, рвоту, нарушение речи и слабость в правых конечностях.

В приемном покое осмотрена неврологом (диагноз: цереброваскулярная болезнь, инфаркт головного мозга – ГМ в вертебробазиллярной системе) и терапевтом (диагноз: ишемическая болезнь сердца – ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, постоянная форма мерцательной аритмии, гипертоническая болезнь – ГБ III стадии, хроническая сердечная недостаточность – ХСН); проведены лабораторные исследования: электрокардиограмма, международное нормализованное отношение, активированное частичное тромбопластиновое время.

Через 20 мин после поступления была выполнена компьютерная томография (КТ) ГМ и костей черепа: желудочки мозга расширены, симметричные (D=S 20–19), полость 3-го желудочка расширена – 11 мм; плотность перивентрикулярного белого вещества снижена – лейкоареоз; срединные структуры не смещены; субарахноидальное ликворное пространство расширено по конвекситальным поверхностям и в латеральных щелях; базальные цистерны не деформированы; выраженный атеросклероз сосудов ГМ; отмечается расширение правой вертебробазиллярной артерии (ВБА) до 17×14 мм за счет тромбированной аневризмы; свежих костно-травматических изменений не определяется; костно-травматических и костно-патологических изменений костей свода и основания черепа не обнаружено; пневматизация придаточных пазух не нарушена; внутренние слуховые каналы не расширены, симметричны.

**Заключение:** КТ-признаки смешанной заместительной гидроцефалии; дисциркуляторная энцефалопатия; атеросклероз сосудов ГМ; тромбированная аневризма правой ВБА; костно-травматических изменений костей свода и основания черепа не выявлено.

Больная по клиническим показаниям госпитализирована в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) №3 в 21 ч 15 мин.

Из анамнеза известно, что страдает ГБ много лет (максимальные цифры АД 210/110 мм рт. ст.), ИБС, атеросклерозом сосудов сердца, ГМ, постоянной формой мерцательной аритмии, ХСН. Лечение нерегулярное и неадекватное. Пенсионер. Инвалид 2-й группы. Образование – среднее. Проживает в семье.

Настоящее состояние тяжелое. Кожные покровы нормальной окраски и влажности. Пастозность голеней и стоп. Свежих травм на коже и видимых слизистых головы не обнаружено. Прикуса языка нет. Повышенного питания. В легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений 20 в минуту. Тоны сердца: приглушены, ритм неправильный. Частота сердечных сокращений 78 уд/мин. Пульс 66 уд/мин. АД 150/80 мм рт. ст. Живот мягкий, на пальпацию не реагирует. Перистальтика выслушивается. Печень у края реберной дуги. Функции тазовых органов не контролирует. Катетеризирован мочевого пузыря, моча светло-желтая, прозрачная. Пальпация и аускультация общих сонных артерий: без четкой разницы сторон.

Неврологический статус: в сознании, заторможена, адинамична. Продуктивному контакту доступна, дизартрия, когнитивно снижена. Менингеальных знаков нет. Глазные щели D>S, птоз слева; зрачки: D=S, фотореакции сохранены. Нистагм среднеразмашистый вправо, влево. Диплопии нет. Объем движений глазных яблок полный. Корнеальные рефлексы сохранены. Сглаженность правой носогубной складки, язык девирует вправо. Глоточные рефлексы снижены с двух сторон. Поперхивается при глотании жидкости. Проба Барре: умеренный правосторонний гемипарез. Мышечный тонус снижен справа. Сухожильные рефлексы выше справа, патологические стопные знаки с двух сторон. Симптомы орального автоматизма с обеих сторон. Пальце-носовую и пяточно-коленную пробы не выполняет. Чувствительных нарушений не установлено.

Оценка по шкалам: шкала комы Глазго – 15 баллов, National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) – 10 баллов, Рэнкина – 5 баллов.

В отделении медсестрой проведена оценка глотания по стандартизированной скрининговой шкале (тест 3 глотков). Питание при помощи медперсонала.

На основании данных анамнеза (острое начало, ГБ, мерцательная аритмия), данных объективного исследования (наличие нистагма, птоза слева, дизартрии, правостороннего гемипареза, отсутствия менингеального синдрома),

параклинических методов исследования (данные КТ ГМ) был выставлен диагноз: цереброваскулярная болезнь, инфаркт мозга, вызванный тромбозом мозговых артерий (бассейн ВБА-системы) на фоне атеросклероза сосудов ГМ, ГБ III стадии, риск 4. Тромбированная аневризма ВБА. ИБС. Атеросклероз аорты, коронарных артерий. Нарушение ритма по типу мерцательной аритмии, постоянная форма. Недостаточность кровообращения 2-й степени.

Назначены постельный режим, стол – ничего через рот (НЧР), смена положения тела через 2 ч, ингаляция увлажненного кислорода, общая санитарная обработка, медикаментозная терапия.

В 23 ч 30 мин больная была осмотрена выездным сосудистым нейрохирургом, диагностирован ишемический инсульт в бассейне левой внутренней сонной артерии. Учитывая характер поражения, показаний для нехирургического лечения и перевода в нехирургическое отделение нет. Рекомендована консервативная терапия.

### Осмотр логопедом (12.02.2015):

- Медико-логопедическое исследование функции глотания: сознание ясное, инструкции выполняет, может контролировать положение головы; предъявляет жалобы на плохой аппетит; при обследовании на всех консистенциях жидкой и твердой пищи отмечается затруднение жевания и формирования пищевого болюса; увеличена продолжительность акта еды; поперхивание, сильный рефлексорный кашель после приема жидкости; изменение качества голоса сразу после глотка; затрудненное дыхание во время еды.
- Медико-логопедическое исследование дизартрии: дыхание поверхностное, дизритмичное из-за тяжести состояния; сглаженность носогубной складки справа; зубные ряды ненормативны; слабость периоральной мускулатуры; мягкое небо малоподвижное; небный язычок (uvula) по средней линии; рефлексы с небных дужек отсутствуют; язык чистый, трофика сохранена, девирует вправо, тонус низкий; объем движений ограничен; глоточные рефлексы низкие; функция глотания нарушена; голос слабый, истощающийся; тембр с легкой назализацией; голосовые модуляции отсутствуют; произношение изолированных звуков нарушено незначительно; в речевом потоке степень разборчивости речи смазана; темп речи замедлен.

*Заключение:* бульбарная дизартрия, дисфония (в структуре дизартрии); нейрогенная дисфагия (орофарингеальная фаза). Рекомендованы проведение компенсаторных и реабилитационных мероприятий (с учетом тяжести состояния больной); кормление НЧР с целью предупреждения аспирации дыхательных путей; санация и увлажнение ротовой полости.

По результатам диагностики дежурным врачом-реаниматологом был установлен НГЗ для оказания полноценной нутриционной поддержки больной и профилактики развития медицинских осложнений.

Пациентка была крайне недовольна установкой НГЗ. Настойчиво выражала желание питаться естественным путем. Неоднократно самостоятельно удаляла зонд. Разъяснения врача и логопеда о жизнеугрожающих последствиях таких необдуманных действий не оказывали должного эффекта. Родственники также недооценивали серьезности сложившейся ситуации, считая постановку НГЗ чрезвычайно дискомфортной процедурой, и в отсутствие медперсонала пытались докармливать больную.

В результате неадекватных действий пациентки и прерывания энтерального питания принятием пищи через рот состояние больной резко ухудшилось. Пациентка стала вялой, сонливой. На вопросы отвечала замедленно, од-

носно. Голос тихий, осиплый. Появились рецидивирующая лихорадка в вечерние часы, затруднения в управлении собственным слюноотделением, усиленная трахеальная гиперсекреция, потеря аппетита. Дыхание «влажное» с хлопотом в груди, трофические расстройства голени и стоп.

При контрольной КТ в сравнении с исследованием от 11.02.15 в варолиевом мосту определяется очаг гиподенсной плотности до 22×18×12 мм. *Заключение:* ОНМК по ишемическому типу в бассейне левой ВБА.

Рентгенография грудной клетки: правое легкое не визуализируется, коллабировано. Тень средостения полностью смещена в правую половину грудной клетки. Диафрагма и синус справа затемнены. Левое легкое – очагово-инфильтративных теней не обнаружено.

*Заключение:* ателектаз правого легкого (рис. 1).

*Заключение хирурга:* тотальный ателектаз правого легкого; аспирационная пневмония; показана лечебно-диагностическая бронхоскопия.

*Заключение терапевта:* ателектаз правого легкого; вторичная правосторонняя пневмония; для уточнения диагноза показана КТ органов грудной клетки.

По показаниям проведена санационная бронхоскопия: эндоскоп проведен через интубационную трубку. Конец последней расположен в 2,5 см над каринной. Просвет трахеи свободный. Просвет правого главного бронха, а также долевых и сегментарных бронхов справа заполнен светлым слизистым, довольно густым отделяемым (рис. 2).

Последнее удалено с помощью отсоса. Устья осмотренных бронхов округлой формы, широкие; междолевые и межсегментарные шпоры острые, подвижные. Слизистая оболочка осмотренных бронхов справа – с умеренной гиперемией. Слева просвет трахеобронхиального дерева без особенностей, слизистая розового цвета. Выполнена санация методом вакуум-аспирации через эндоскоп с инстилляцией 40 мл 2% раствора соды, с последующим введением 4,0 мл 2,4% раствора эуфилина. После этого в просвет трахеобронхиального дерева справа введено 5,0 мл раствора цефтриаксона + дексаметазон (рис. 3).

*Заключение:* искусственная вентиляция легких; диффузный правосторонний бронхит 1-й степени интенсивности воспаления.

Повторная рентгенография грудной клетки (на следующий день): правое легкое снижено в объеме. Тень средостения смещена вправо. Диафрагма и синус справа затемнены. Левое легкое – очагово-инфильтративных теней не обнаружено. *Заключение:* частичный ателектаз правого легкого – положительная динамика (рис. 4).

Рентгенография грудной клетки через 10 дней: легкие расправлены полностью, одинаковой прозрачности, без свежих очаговых и инфильтративных изменений; легочной рисунок перестроен по смешанному типу со сгущением в нижних отделах; корни не расширены, структурность их снижена; синусы свободные; купола диафрагмы с ровными четкими контурами; тень средостения не смещена; тень сердца увеличена за счет левых отделов, не смещена. *Заключение:* диффузный пневмосклероз; аортокардиосклероз (рис. 5).

В результате проведения восстановительных мероприятий в течение 24 дней общее соматическое состояние больной и состояние функции глотания улучшились. Энтеральное питание было прекращено, НГЗ удален. Необходимость в установке чрескожной эндоскопической гастростомы отпала. Пациентка смогла вернуться к пероральному питанию, в основе которого в лечебных целях применялись загущенные жидкости и модифицированные консистенции пищи.

Было проведено обучение родственников правилам кормления и позиционирования больной. Даны рекомендации по выбору консистенции пищи и степени загущения.

Рис. 1. Ателектаз правого легкого.



Рис. 2. Вид бронха до санации.



Рис. 3. Вид бронхов после санации.



ния жидкости, режиму питания. Обращено внимание на необходимость соблюдения гигиены полости рта во избежание распространения бактериальной флоры по организму [5].

Включение специалистов междисциплинарного профиля и применение разных методов восстановительной ра-

Рис. 4. Частичный ателектаз правого легкого.



Рис. 5. Рентгенография легких при выписке.



боты позволили изменить клиническую ситуацию в целом. За время лечения пациентки в отделении на фоне медикаментозной терапии применялись компенсаторные и реабилитационные техники.

#### Компенсаторные стратегии

1. Диетический метод включал в себя подбор вязкости жидкостей, консистенции твердой пищи и количества пищи на объем одного болюса. Целью логопеда в работе с пациенткой было обеспечение наиболее высокого и безопасного уровня питания для оптимизации безопасности глотания и улучшения орофарингеального клиренса.

2. Постуральный метод терапии включал в себя модификацию самого процесса глотания путем изменения положения тела или применения специальной техники глотания. Целью работы врача ЛФК стало правильное позиционирование больной, в результате которого функция глотания улучшилась. Специалист в непосредственной работе с пациенткой с дисфагией проводил комплекс упражнений для нормализации тонуса мышц, участвующих в акте глотания (методика Костилио–Моралес) и восстановления постоянного дыхания через нос при установленном НГЗ (дыхательная гимнастика).

3. Метод изменения пищевого поведения, применяемый логопедом в своей работе, способствовал снижению риска аспирации, уменьшению трудностей инициации акта глотания и продвижения пищи к глотке, объема остатка пищи во рту и/или глотке после глотка (техники дополнительного и контролируемого сглатывания), улучшению ментального поведения больной.

### Реабилитационные мероприятия, проводимые логопедом

1. Стимуляционный метод (термическая, вкусовая и тактильная стимуляция) применялся вследствие выявленных затруднений формирования пищевого болюса и отсроченной инициации глотательного рефлекса с целью улучшения сенсомоторной интеграции.

2. Тренировочный метод был направлен на улучшение координации и увеличение силы и амплитуды движения мышц, участвующих в процессе глотания (орально-фарингеальной фазы). Основной формой данного метода были глотательные, дыхательные и артикуляционные упражнения, вокальные тренировки. Параллельно логопед осуществлял коррекцию речевых нарушений и проводил логопедический массаж.

Также логопед проводил разъяснительные беседы с пациенткой и ее родственниками в целях:

- поддержания положительного эмоционального фона во время еды, что приводило к улучшению аппетита и постепенному увеличению объема потребляемой пищи и жидкости;
- устранения чувства подавленности, фиксированности на своем состоянии;
- предупреждения развития депрессии и выраженных эмоционально-личностных расстройств.

Кроме того, для соблюдения санитарно-гигиенических норм логопед обучал больную и ее родственников правильному уходу за полостью рта в целях профилактики развития вторичных инфекций.

На завершающем этапе восстановительной работы с пациенткой удалось добиться положительной динамики. К моменту выписки больная была способна питаться естественным путем через рот при помощи родственников.

### Выводы

1. Локальные повреждения в стволе ГМ могут приводить к развитию тяжелой формы нейрогенной дисфагии.

2. Ведение пациентов с нейрогенной дисфагией в остром периоде инсульта проводится с учетом координированного комплекса мер, так называемого междисциплинарного подхода. Преимущество данного подхода заключается в объединенной работе специалистов мультидисциплинарного профиля.

3. Выбор лечебных и методических средств должен быть направлен на активизацию компенсаторных механизмов и восстановление такой жизненно важной функции, как глотание.

4. Включение в работу мультидисциплинарных бригад логопедов и специалистов по ЛФК актуализирует медико-педагогическое взаимодействие.

5. Работа логопеда как специалиста по глотанию в медицинском учреждении требует грамотного клинического подхода к оценке уровня поражения ГМ, квалифициро-

ванного применения методов логопедической коррекции, исходя из особенностей психической деятельности и свойств личности пациента, умения выстраивать психологически целесообразные отношения «логопед–больной» с целью формирования позитивных лечебных и жизненных установок, ведения профилактической работы с родственниками пациентов и разъяснения их роли в реабилитации и ресоциализации больных.

### Литература/References

1. Ранняя реабилитация больных с инсультом. Методические рекомендации №44. М.: Изд-во РУДН, 2004. / Ranniaia rehabilitatsiia bol'nykh s insul'tom. Metodicheskie rekomendatsii №44. M.: Izd-vo RUDN, 2004. [in Russian]
2. Baroni A, Fabio SR, Dantas RO et al. Risk factors for swallowing dysfunction in stroke patients. *Arquivos de gastroenterologia* 2012; 49 (2): 118–24.
3. Johnson ER, McKenzie SW, Sievers A. Aspiration pneumonia in stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 1993; 74: 973–6.
4. European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management-update. *Cerebrovasc Dis* 2003.
5. Russell SL, Boylan RJ, Kaslick RS et al. Respiratory pathogen colonization of the dental plaque of institutionalized elders. *Spec Care Dentist* 1999; 19 (3): 128–34.
6. Авдионина И.А., Селиверстова Е.В., Селиванов В.В., Теленков А.А. Управление нейрогенной дисфагией: использование загустителя жидкостей и пищи (анализ двух клинических случаев). *Лечащий врач*. 2015. / Avdiunina I.A., Seliverstova E.V., Selivanov V.V., Telenkov A.A. Upravlenie neurogennoi disfagiei: ispol'zovanie zagustitelia zhidkosti i pishchi (analiz dvukh klinicheskikh sluchaev). *Lechashchii vrach*. 2015. [in Russian]
7. Гудкова В.В., Стаховская Л.В., Кирильченко Т.Д. и др. Ранняя реабилитация после перенесенного инсульта. М., 2005. / Gudkova V.V., Stakhovskaia L.V., Kiril'chenko T.D. i dr. Ranniaia rehabilitatsiia posle perenesennogo insul'ta. M., 2005. [in Russian]
8. Балашова И.Н., Белкин А.А., Зуева Л.Н. и др. Диагностика и лечение дисфагии при заболеваниях центральной нервной системы. *Клинические рекомендации*. М., 2013. / Balashova I.N., Belkin A.A., Zueva L.N. i dr. Diagnostika i lechenie disfagii pri zabolevaniiah tsentral'noi nervnoi sistemy. *Klinicheskie rekomendatsii*. M., 2013. [in Russian]
9. Кадыхов А.С. Реабилитация после инсульта. М.: Миклош, 2003. / Kadykov A.S. Rehabilitatsiia posle insul'ta. M.: Miklosh, 2003. [in Russian]
10. Камаева О.В., Монро П., Буракова З.Ф. и др. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных. *Методическое пособие. Часть 1. Организация Инсультного Блока*. Под ред. А.А.Скоромца. СПб., 2003. / Kamaeva O.V., Monro P., Burakova Z.F. i dr. Mul'tidistsiplinarnyi podkhod v vedenii i rannei rehabilitatsii nevrologicheskikh bol'nykh: Metodicheskoe posobie. Chast' 1. Organizatsiia Insul'tnogo Bloka. Pod red. A.A.Skoromtsa. SPb., 2003. [in Russian]
12. Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1740н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при инфаркте мозга» (Зарегистрировано в Минюсте России 05.03.2013 N 27483). / Prikaz Minzdrava Rossii ot 29.12.2012 № 1740n «Ob utverzhenii standarta spetsializirovannoi meditsinskoi pomoshchi pri infarkte mozga» (Zaregistrirvano v Miniuste Rossii 05.03.2013 N 27483). [in Russian]
13. Middleton S, McElduff P, Ward J et al. Implementation of evidence-based treatment protocols to manage fever, hyperglycaemia, and swallowing dysfunction in acute stroke (QASC): a cluster randomised controlled trial. *Lancet* 2011; 11: 1699–706.

### СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Норвилс Светлана Николаевна** – логопед высшей квалификационной категории ГБУЗ ГКБ №79. E-mail: info@gkb79.mosgorzdrav.ru

**Царева Ирина Викторовна** – логопед высшей квалификационной категории. засл. работник здравоохранения РМЭ, ГБУЗ ГКБ №79

**Старицын Алексей Николаевич** – канд. мед. наук, врач ЛФК ГБУЗ ГКБ №79

**Ярославцев Андрей Витальевич** – зам. глав. врача по лечебной работе, врач высшей квалификационной категории ГБУЗ ГКБ №79

**Ануфриев Валерий Анатольевич** – канд. мед. наук, зав. первичным сосудистым отделением ГБУЗ ГКБ №79

**Ануфриева Татьяна Валерьевна** – невролог ОРИТ №8, врач высшей квалификационной категории ГБУЗ ГКБ №79