

# Разбор клинического случая пациента с нейрогенной дисфагией (подострая стадия)

Е.В.Гершун<sup>1</sup>, Ю.Ю.Рудометова<sup>2</sup>, В.В.Москалева<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ГАОУ ВО «Московский городской педагогический университет». 119261, Россия, Москва, ул. Панферова, д. 8, корп. 2;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет». 119991, Россия, Москва, ул. Малая Пироговская, д. 1, стр. 1;

<sup>3</sup>ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации» Департамента здравоохранения г. Москвы. 109240, Россия, Москва, ул. Николоямская, д. 20

✉\_l\_gershun@mail.ru

Дисфагия – расстройство акта глотания, которое, если не устранить его в ранние сроки, может привести к тяжелейшим осложнениям, вплоть до летального исхода. В нашей статье мы подробно отражаем поэтапность и методы логопедической работы (специализированная диета и посуда для безопасного приема пищи, работа на аппарате vocaSTIM, постуральные техники), которые помогли снизить риск пенетрации и аспирации, восстановить собственно функцию глотания, а также предупредить возникновение и фиксацию у пациента страха приема пищи.

**Ключевые слова:** дисфагия, логопед, глотание, мультидисциплинарность, реабилитация, медицина.

**Для цитирования:** Гершун Е.В., Рудометова Ю.Ю., Москалева В.В. Разбор клинического случая пациента с нейрогенной дисфагией (подострая стадия). Consilium Medicum. 2017; 19 (2): 27–29.

## Case report

### The analysis of the clinical case of a patient with neurogenic dysphagia (subacute stage)

E.V.Gershun<sup>1</sup>, Yu.Yu.Rudometova<sup>2</sup>, V.V.Moskaleva<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Moscow City University. 119261, Russian Federation, Moscow, ul. Panferova, d. 8, korp. 2;

<sup>2</sup>Moscow State Pedagogical University. 119991, Russian Federation, Moscow, ul. Malaia Pirogovskaia, d. 1, str. 1;

<sup>3</sup>Center for Speech Pathology and Neurorehabilitation. 109240, Russian Federation, Moscow, ul. Nikoloyamskaia, d. 20

✉\_l\_gershun@mail.ru

#### Abstract

Dysphagia is a disorder of the swallowing act, which, if not eliminated in the early period, can lead to severe complications, up to a lethal outcome. In our article we reflect in detail the phased approach and methods of logopedic work (specialized diet and dishes for safe food intake, work on the vocaSTIM apparatus, postural techniques) that helped reduce the risk of penetration and aspiration, restore the actual swallowing function, and prevent the occurrence and fixation of Patient fear of eating.

**Key words:** dysphagia, speech therapist, swallowing, multidisciplinary, rehabilitation, medicine.

**For citation:** Gershun E.V., Rudometova Yu.Yu., Moskaleva V.V. The analysis of the clinical case of a patient with neurogenic dysphagia (subacute stage). Consilium Medicum. 2017; 19 (2): 27–29.

Согласно клиническим рекомендациям 2014 г. «Логопедическая диагностика и реабилитация пациентов с повреждениями головного мозга в остром периоде» в обязанности логопедов, работающих в системе здравоохранения, входит оказание специализированной помощи пациентам с нарушениями глотания. Вопрос своевременной профессиональной логопедической коррекции особенно актуален. Приведенный клинический случай иллюстрирует поэтапность оказания мультидисциплинарной помощи и реабилитационных мероприятий в условиях стационара.

В ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации» Департамента здравоохранения г. Москвы 11.07.2016 первично поступил пациент А. 37 лет с диагнозом: непсихотическое расстройство сосудистого генеза. Астенический синдром. Состояние после перенесенного инфаркта головного мозга в вертебрально-базиллярном бассейне от 26.06.2016, ранний восстановительный период. Левосторонняя пирамидная недостаточность. Бульбарный синдром. Дисфагия. Ишемическая болезнь сердца. Атеросклеротический кардиосклероз. Гипертрофическая кардиопатия. Артериальная гипертензия, стадия III, риск IV. Ожирение.

**Anamnesis morbi:** в течение нескольких лет отмечает подъем артериального давления до максимальных цифр 200 мм рт. ст. Адаптирован к артериальному давлению 130/80 мм рт. ст., гипотензивные препараты принимает регулярно. Заболел остро 26.06.2016 вечером: появились на-

рушение глотания, головокружение, двоение по горизонтали при взгляде влево и вверх, а также онемение левых конечностей. Утром в связи с сохранением описанных жалоб вызвана бригада скорой медицинской помощи, пациент доставлен в Городскую клиническую больницу им. И.В.Давыдовского. До заболевания в течение последних дней отмечал пошатывание, незначительное головокружение.

**Объективно при поступлении в ГКБ им. И.В.Давыдовского.** Неврологический статус: в сознании. Ориентирован в месте, времени, собственной личности правильно. Дисфагия. Дизартрия. Менингеальных знаков нет. Зрение ориентировочно сохранено, гемианопсия контрольным способом не выявляется. Двоение по горизонтали при взгляде вверх, прямо и вправо. Глазные щели и зрачки равные, фотореакции сохранены, живые. Движения глазных яблок в полном объеме, разностояние глазных яблок по вертикали (правое выше левого). Горизонтальный среднеразмашистый нистагм с ротаторным компонентом при взгляде вправо. Асимметрия носогубных складок. Небные и глоточные рефлексы снижены, больше слева. Язык по средней линии. Четких парезов конечностей нет. Мышечный тонус значимо не изменен D=S. Сухожильные рефлексы живые, без четкой разницы сторон. Патологических кистевых и стопных знаков нет. Левосторонняя гемигипестезия. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Функции тазовых органов контролирует.

Уровень диеты	Уровень пищи	Уровень жидкости
0		Обычные жидкости (Thin)
1		Незначительно загущенные жидкости (Slightly Thick)
2		Слегка загущенные жидкости (Mildly Thick)
3	Разжиженная пища (Liquidised)	Умеренно загущенные жидкости (Moderately Thick)
4	Пюреобразная плотная пища (Pureed)	Чрезвычайно загущенная жидкость (Extremely Thick)
5	Мягкая и увлажненная пища (Minced & Moist)	
6	Мягкая пища (Soft & Bite-sized)	
7	Обычная пища (Regular)	

Неделя пребывания в стационаре	Уровень питания	Токи, мА	Результаты лечения
1-я	3	От 1,5 до 2,2 к концу недели	Нажатие ключа и подача тока значительно улучшили инициацию глотка. В условиях миостимуляции снизился страх приема пищи. Подобраны специальная посуда и столовые приборы, выработана оптимальная компенсаторная поза глотания, облегчающая прохождение болюса
2-я	Уровень пищи – 4, уровень жидкости – 3	2,2–3,5	Специальная посуда и столовые приборы обеспечили глотание жидкостей без аспирации/пенетрации. Остаются единичные проявления поперхивания при глотании твердой пищи на фоне снижения контроля за деятельностью. По-прежнему испытывает страх глотания, долго перекачивает пищу во рту, готовясь проглотить
3-я	Уровень пищи – 5, уровень жидкости – 1	2,2–3,0	Прием пищи осуществляет, держа голову прямо, иногда вытягивает шею вперед для осуществления доглотков. Глотание без аспирации. Пьет жидкости из обычной посуды. Отказывается посещать столовую, ест только в присутствии специалистов или родственников
4-я	Уровень пищи – 6, уровень жидкости – 1	2,2–3,0	Стал посещать столовую во время ужина, только в сопровождении логопеда. Сидит за отдельным столом. Ест за столом, голову держит по средней линии, опустив подбородок
5-я	Уровень пищи – 7, уровень жидкости – 0		Нивелирован страх приема пищи в общественном месте. Принимает пищу в столовой за общим столом. Пациент выписан с практическим восстановлением глотания

**Компьютерная томография головного мозга 27.06.2016:** в веществе головного мозга очаговых и объемных изменений не выявлено. **Магнитно-резонансная томография головного мозга 28.06.2016:** магнитно-резонансная картина очага измененного магнитно-резонансного сигнала в правой половине ствола головного мозга может соответствовать острому инфаркту. **Консультирован логопедом** (на 2-е сутки пребывания): дисфагия, рекомендована назогастральная стробоскопия.

**Anamnesis vitae:** группы инвалидности не имеет. Образование высшее. Живет в семье (опекается родителями).

**В отделении ЦПРН находился с 11.07.2016 по 18.08.2016.**

При поступлении в отделение были проведены обследования невролога, психиатра, логопеда и кардиолога. Для уточнения логопедического заключения было проведено совместно с фониатром видеофибrolарингоскопическое обследование.

**Протокол проведения совместного видеофибrolарингоскопического обследования фониатром и логопедом от 12.07.2016.** Обследование проведено без анестезии фиброскопом Pentax LH 150PC. Через рот произведен осмотр гортани. Слизистая гортани розового цвета, подвижность мягкого неба снижена, небный рефлекс вялый, гортанные рефлексы угнетены. Вход в гортань свободен. В синусах гортани, в валлекулах, небольшое количество густой слизи. Слева голосовая складка ограниченно подвижна. Правая голосовая складка провисает. Щель несмыкания в форме веретеновидной. Фонационные действия большой выполняет по предложению свободно. Видимые отделы трахеи розового цвета. **Заключение: центральный парез гортани и глотки. Дисфагия (шкала пенетрации-аспи-**

**рации PAS – 2–3, эндоскопическая оценка тяжести дисфагии FEDSS – 2–3).** P.S.: по сравнению с видеофиброскопией от 01.07.2016 смыкание голосовых складок более плотное, фонационный выдох более продолжительный.

**Протокол обследования на аппарате vocaSTIM.** Диагноз: центральный парез гортани, дисфагия. **Коэффициент аккомодации: a=1,9.** Повреждения в зависимости от коэффициента аккомодации (a=1–2). Повреждение средней тяжести. Программа: IG50. Прогревание: 7 мин. По ощущениям минимальное. Время прохождения тока 200 м/с.

#### Коррекционно-восстановительная работа

После проведения скринингового тестирования глотания совместно с фониатром-оториноларингологом принято решение о снятии назогастрального зонда. Коррекционная работа проводилась с использованием vocaSTIM, стандартная методика которого основана на технике комбинации электростимуляции токами низкой и средней частоты для ионофореза, прогревания, мускульной стимуляции с помощью ручного ключа в момент сопряженно-отраженного выполнения заданий. VocaSTIM позволил реализовать одновременно несколько методов лечения дисфагии: физиотерапевтический, компенсаторный, стимулирующий. Логопедами были организованы трехразовые функциональные тренировки на аппарате vocaSTIM – тренировочное кормление. Объем пищи, предлагаемый пациенту на 1 занятии, первоначально составлял 50 г, в процессе улучшения функции глотания и снижения тревожности увеличен до 70–120 г. Пациент мог проглатывать пищу с минимальным риском аспирации, поворачивая голову к здоровой стороне и немного вытягивая шею

вперед и вниз (таким образом предотвращая риск аспирации/пенетрации и скопления остатков пищи в глотке после совершения акта глотания). С пациентом и родственниками проведена беседа о диете и разрешенных продуктах питания, даны рекомендации. Диета соблюдалась неукоснительно и менялась под наблюдением специалистов. Для глотания жидкости подобрана определенная посуда, позволяющая за 1 раз сделать не более 1 глотка, предотвращая, таким образом, аспирацию. Постуральные техники глотания с применением vocaSTIM использовались при глотании слюны (в том числе глотании слюны с поворотами головы), в момент глотания небольшого количества пищи или жидкости разной консистенции, также с поворотами головы, наклонами головы к груди; при использовании кислого, холодного болюса, изменении объема пищи и его консистенции; развитии и укреплении произвольного контроля за временем и координацией глотательного рефлекса с помощью создания установки на этот процесс.

Комитетом Интернациональной инициативы по стандартизации диет при дисфагии (2016 г.) определены основные уровни питания для пациентов с патологией глотания. Именно эту шкалу мы использовали при составлении диеты (табл. 1).

В табл. 2 отражены динамические наблюдения изменения состояния функции глотания, вязкости диеты, сила тока vocaSTIM.

Проведенная нами работа позволила минимализировать риск пенетрации и аспирации, максимально быстро восстановить собственно функцию глотания, а также полностью предотвратить возникновение и фиксацию у пациента страха приема пищи. Дисфагия – это сложное нарушение, порой, в случае отсутствия специализированной помощи, приводящее к летальному исходу. Наш клиниче-

ский случай подтверждает необходимость оказания ранней помощи данной категории пациентов и доказывает ее высокую эффективность.

#### Литература/References

1. Авдюнина И.А., Селиверстова Е.В., Селиванов В.В., Теленков А.А. Управление нейrogenной дисфагией: использование загустителя жидкости в пище (анализ двух случаев). Лечащий врач. 2015; 1: 70–4. / Avdiunina I.A., Seliverstova E.V., Selivanov V.V., Telenkov A.A. Upravlenie neirogennoi disfagiei: ispolzovanie zagustitelja zhidkosti v pishche (analiz dvukh sluhaev). Lechashchii vrach. 2015; 1: 70–4. [in Russian]
2. Аверьянов С.В., Костина Я.В. Стандартные аппараты для миофункциональной ортодонтии. Уфа: ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2014. / Averianov S.V., Kostina Ya.V. Standartnye apparaty dlia miofunktsionalnoi ortodontii. Ufa: GBOU VPO BGMU Minzdrava Rossii, 2014. [in Russian]
3. Ахутин Т.В., Микадзе Ю.В. и др. Национальная ассоциация по борьбе с инсультом, Всероссийское общество неврологов, Ассоциация нейрохирургов России, МОО «Объединение нейроанестезиологов и нейрореаниматологов», Общероссийская общественная организация содействия развитию медицинской реабилитации «Союз реабилитологов России». Логопедическая диагностика и реабилитация пациентов с повреждениями головного мозга в остром периоде. Клинические рекомендации. М., 2014. / Akhutina T.V., Mikadze Ju.V. i dr. Natsionalnaia assotsiatsiia po borbe s insultom, Vserossiiskoe obshchestvo nevrologov, Assotsiatsiia neirokhirurgov Rossii, MOO "Obieedinenie neuroanesteziologov i neiroreanimatologov", Obshcherossiiskaia obshchestvennaia organizatsiia sodeistviia razvitiu meditsinskoi rehabilitologii "Soiuz reabilitologov Rossii". Logopedicheskaia diagnostika i reabilitatsiia patsientov s povrezhdeniiami golovnogo mozga v ostrom periode. Klinicheskie rekomendatsii. M., 2014. [in Russian]
4. Балашова И.Н., Камаева О.В., Скоромец А.А. и др. Протокол оценки функции глотания у больных ОНМК. Национальная ассоциация по борьбе с инсультом, Российская ассоциация по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов. Материалы I Конференции с международным участием по дисфагии. М., 2015. / Balashova I.N., Kamaeva O.V., Skoromets A.A. i dr. Protokol otsenki funktsii glotaniia u bolnykh ONMK. Natsionalnaia assotsiatsiia po borbe s insultom, Rossiiskaia assotsiatsiia po sportivnoi meditsine i reabilitatsii bolnykh i invalidov. Materialy I Konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem po disfagii. M., 2015. [in Russian]

#### СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Гершун Елизавета Владимировна – логопед, Институт специального образования и комплексной реабилитации, каф. логопедии ГАОУ ВО МГПУ. E-mail: l\_gershun@mail.ru

Рудометова Юлия Юрьевна – логопед высшей категории, Институт детства, дефектологический фак-т, каф. логопедии ФГБОУ ВО МГПУ

Москалева Валерия Валерьевна – логопед 1-й категории, ГБУЗ ЦПРиН