

Тактика логопедической работы и выбор клинического питания для пациента с нарушением глотания после перенесенного инсульта (клинический случай)

С.Н.Норвилс✉, А.В.Петрова

ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.С.Юдина» Департамента здравоохранения г. Москвы. 115446, Россия, Москва, Коломенский пр., д. 4
✉nordika-sv@mail.ru

Цель этой статьи – показать дисфагию как широко распространенную проблему в неврологической практике, значимость восстановительных методов логопедического воздействия, дать качественную оценку применяемого клинического питания при дисфагии.

Ключевые слова: нейрогенная дисфагия, специалист по глотанию (логопед), аспирационная пневмония, нутритивный статус, нутритивная поддержка, клиническое пероральное питание, реабилитация.

Для цитирования: Норвилс С.Н., Петрова А.В. Тактика логопедической работы и выбор клинического питания для пациента с нарушением глотания после перенесенного инсульта (клинический случай). Consilium Medicum. 2018; 20 (9): 17–21. DOI: 10.26442/2075-1753_2018.9.17-21

Case Reports

Tactics of the speech therapist's work and the choice of clinical nutrition for the patient with swallowing disorders after the stroke (clinical case)

S.N.Norvils✉, A.V.Petrova

S.S.Yudin City clinical hospital of the Department of Health of Moscow. 115446, Russian Federation, Moscow, Kolomenskii pr., d. 4
✉nordika-sv@mail.ru

Abstract

The purpose of this article to show a dysphagia as a widespread problem in neurological practice; importance of recovery methods of speech therapy; functional techniques of neurogenic dysphagia rehabilitation; to give quality standard of the applied clinical oral food at a dysphagia.

Key words: neurogenic dysphagia, specialist in swallowing (speech therapist), aspiration pneumonia, nutritional status, nutritive support, clinical nutrition, rehabilitation.

For citation: Norvils S.N., Petrova A.V. Tactics of the speech therapist's work and the choice of clinical nutrition for the patient with swallowing disorders after the stroke (clinical case). Consilium Medicum. 2018; 20 (9): 17–21. DOI: 10.26442/2075-1753_2018.9.17-21

Последствия перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (инсульта) характеризуются нарушениями различных функций, в том числе речи, памяти, чувствительности, движений и пр. Также инсульт может вызвать нарушение такой жизненно важной для человека функции, как глотание. Ощущение дискомфорта или любое затруднение продвижения пищи или жидкости изо рта в желудок принято обозначать термином «дисфагия» (греч. dys + phagein – есть, глотать). Нарушение функции глотания, вызванное в результате острой цереброваскулярной недостаточности, в клинической практике определяется как нейрогенная дисфагия.

Нейрогенная дисфагия представляет собой достаточно сложную проблему не только для врачей-клиницистов, но и для специалистов в области патологии речи (логопедов), которые не только занимаются восстановлением речевых функций, но и за последнее время закрепили за собой статус «специалиста по глотанию». Качество оказываемой специализированной логопедической помощи зависит от многих факторов, но первостепенное значение имеют правильное диагностическое суждение о выявленном нарушении, выбор наилучшего метода для его коррекции или устранения и адекватная нутритивная поддержка.

При клинической оценке, выполненной специалистом по глотанию, нейрогенную дисфагию можно выявить у 51–55% пациентов, а при помощи инструментального видеорентгеноскопического метода исследования – у 64–78% больных, перенесших инсульт [1]. Если нарушения диагностированы, превентивно лучше отказаться от приема

пищи и жидкости внутрь до тех пор, пока не будет подтверждена безопасность глотания.

Наличие у пациента постинсультной нейрогенной дисфагии повышает риск развития неблагоприятных событий и исходов [2]. Поскольку угроза аспирации болюсов пищи, жидкости или слюны в дыхательные пути у таких больных присутствует всегда, логопед не только проводит тщательную оценку функции глотания, но и в целях профилактики возможных соматических осложнений уделяет внимание вопросам подбора определенного типа питания с модифицированной консистенцией пищи и жидкости, обучает пациента и его родственников, средний медицинский и немедицинский персонал, осуществляющий уход, навыкам и приемам преодоления данного расстройства.

При нейрогенной дисфагии нарушения могут возникать на разных уровнях и этапах акта глотания: на уровне ротовой полости, глотки или пищевода. Но все-таки преимущественно при острых нарушениях мозгового кровообращения больше страдает орофарингеальная (ротоглоточная) фаза. Больной может испытывать затруднения в формировании пищевого комка и дальнейшего его проглатывания. В одном случае еда надолго остается в ротовой полости, зачастую без наличия попыток больного совершить глоток (оральная фаза). В другом случае при возможном трансфере изо рта в глотку и пищевод пища не может быть проглочена в результате, например, наличия крикофарингеального синдрома или каких-либо иных дисфункций и нарушений (фарингеальная фаза). Ухудшение глотания пищи и жидкости приводит к истощению, дегидратации,

изменению трофологического статуса, что, в свою очередь, усугубляет функциональный прогноз.

В реабилитационных практиках важно учитывать две основные характеристики глотания:

1. *Эффективность* – способность пациента нормально питаться для удовлетворения потребности в пищевых веществах и энергии.
2. *Безопасность* – способность пациента принимать пищу и жидкость без развития респираторных осложнений.

Питание является жизненно важной потребностью организма. У пациентов с инсультом 30–50% потери массы тела происходит в течение госпитализации [3]. Вследствие длительного недоедания, обеднения организма белками, электролитами и обезвоживания возникает резкое истощение. Современное понятие нутритивной поддержки включает в себя основную и принципиальную позицию: питание, назначаемое больному, должно быть адаптировано по химическому составу, энергетической ценности, технологии приготовления, исходя из клинко-патогенетических особенностей болезни. В результате внедрения нутритивной поддержки в практическое здравоохранение интенсивное развитие получили новые технологии. Готовые питательные смеси с повышенной степенью вязкости, такие как Фрезубин Крем 2 ккал (4-й уровень вязкости с консистенцией пудинга или густой сметаны), Фрезубин Йогурт (3-й уровень вязкости с консистенцией йогурта), Фрезубин Сгущенный ступень II (2-й уровень вязкости с консистенцией меда или жидкого заварного крема), Фрезубин Сгущенный ступень I (1-й уровень вязкости с консистенцией сиропа), подходят для полного или дополнительного питания, поскольку содержат высокое количество белка и энергии в небольшом объеме. Это представляется важным, поскольку недостаточность питания приводит к истощению мышечной массы, снижает эффективность от реабилитационных мероприятий, а также способствует увеличению затрат на лечение пациента, а именно повышению расхода лекарственных препаратов и материалов на лечение инфекционных и трофических осложнений (пролежней) [4].

Препараты с модифицированной консистенцией компании «Фрезениус Каби» (Fresenius Kabi) успешно применяются в качестве диагностического материала при оценке логопедом степени тяжести дисфагии, в том числе при эндоскопических исследованиях, и в качестве эффективного субстрата для тренировочного «разглатывания» пациентов с нарушением глотания. Консистенция питательных смесей не требует подготовки, а просто варьируется в зависимости от индивидуальных возможностей и потребностей больного, соответственно тяжести дисфагии. Использование стандартизованных препаратов способствует снижению риска аспирации, упрощает их назначение и облегчает пациентам соблюдение режима питания.

Важно отслеживать эффективность и безопасность объема и консистенции принимаемых пищевых болюсов [5] и не допускать свободного употребления воды до проведения оценки наличия дисфагии. В рамках ведения пациента с орофарингеальной дисфагией умеренной степени тяжести самым действенным методом определен диетический, подразумевающий подбор пищи, легко проглатываемой пациентом, и жидкостей различной вязкости [6, 7]. Параллельно необходимо проводить работу по стимуляции мышц, участвующих в акте глотания.

Пациентам, с недостаточностью питания или с риском ее развития, необходимо назначать индивидуальную нутритивную терапию. Процесс оказания специализированной логопедической помощи вместе с качественной нутритивной поддержкой, безусловно, способствует более благоприятным исходам у пациентов с острой цереброваскулярной недостаточностью.

Предупреждение серьезных соматических осложнений (аспирания, трахеобронхит, ателектаз, пневмония и др.),

нормализация нутриционного статуса, ликвидация психологического барьера – фагофобии, улучшение качества жизни, результатом которого будет социализация, – все это является адекватным подходом к решению серьезной проблемы в борьбе с дисфагией.

Клинический случай

Больная Ш., 71 год (1947 г. рождения), была доставлена бригадой скорой медицинской помощи 25.07.2018 в 22:10 в ГБУЗ «ГКБ им. С.С.Юдина». Жалобы не предъявляла в связи с речевыми нарушениями. Со слов дочери, заболела остро 25.07.2018 в 19:30–19:40, когда внезапно нарушилась речь, ослабли левые конечности, пыталась встать и упала. Ударилась головой, сознание не теряла, судорог не было. Из анамнеза известно, что страдает гипертонической болезнью, сахарным диабетом, пароксизмальной формой мерцательной аритмии, перенесла ранее острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в бассейнах левой задней мозговой артерии (ЛЗМА), левой средней мозговой артерии (ЛСМА) в 2016 г. с неполным восстановлением (сохранялись вестибуло-атактические проявления, пирамидный дефицит справа).

Пациентка напрямую была направлена в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ-4). При поступлении больной были выполнены:

- компьютерная томография (КТ) головного мозга: определяется неоднородное обызвествление подкорковых ядер. Дифференцировка серого и белого вещества снижена справа в теменной доле М1, М2, М3 (3 балла). В базальных ядрах и перивентрикулярном белом веществе гиподенсные очажки сосудистого характера. Боковые желудочки симметричны; несколько расширены, с признаками лейкоареоза. Срединные структуры не смещены. Желудочки и субарахноидальные пространства заполнены содержимым ликворной плотности. Сглажены субарахноидальные пространства полушарий правой теменной доли. Базальные цистернальные пространства не деформированы. Краниовертебральный переход без особенностей. Костных травматических, деструктивных изменений не выявлено. Заключение: КТ острейшего ишемического инсульта в бассейне правой средней мозговой артерии (ПСМА), ASPECT 7.
- КТ-ангиография интракраниальных сосудов: тромбоз М2/М3 сегмента ПСМА.

В отделении была осмотрена дежурным анестезиологом-реаниматологом, неврологом: общее состояние больной тяжелое. Уровень сознания – ясное. Положение пассивное.

В неврологическом статусе: шкала мобильности Ривермид – невозможность самостоятельного выполнения каких-либо движений (0 баллов). В сознании. Грубая дизартрия. Менингеальные симптомы отрицательные. Зрачки равны, округлой формы, средней величины. Нистагма нет. Установка взгляда вправо, левосторонняя гемиплегия. Сглажена носогубная складка слева. Язык по средней линии. Фокация и глотание сохранены. Левосторонний гемипарез в руке – 2 балла, в ноге – 3 балла. Сухожильные рефлексы S>D, симптом Бабинского слева. Левосторонняя гемигипестезия. Пальценосовая и коленопяточная пробы слева – с мимопопаданием. Шкала NIHSS: 12 баллов.

Выставлен *основной диагноз:* повторный инфаркт головного мозга в бассейне ПСМА от 25.07.2018, неуточненный патогенетический вариант. Тромбоз М2/М3 сегмента ПСМА. Фон: гипертоническая болезнь III стадии, 3-й степени, риск сердечно-сосудистых осложнений – 4. Атеросклероз мозговых артерий. Постоянная форма мерцательной аритмии. Сахарный диабет 2-го типа. Последствия повторных ОНМК в бассейне ЛСМА и ЛЗМА. Сопутствующий: ишемическая болезнь сердца; атеросклеротический кардиосклероз; атеросклероз аорты, сосудов сердца; диабетическая микро- и макроангиопатия; диабетическая сенсомоторная полинейропатия.

В связи с отсутствием анамнестических, лабораторных, инструментальных противопоказаний, сохраняющийся неврологический дефицит (NIHSS – 12 баллов) показано проведение системной тромболитической терапии препаратом Актилизе в суммарной дозировке 81 мг. Проведение тромбоэмболии не показано в связи с выявленным диаметром М2 сегмента ПСМА – 2,1 мм. Шкала Padua – 5 баллов.

В отделении медицинской сестрой проведена скрининговая оценка функции глотания (тест «трех глотков»). На момент проведения теста «трех глотков» средним медицинским персоналом нарушений выявлено не было. Но, как показала практика, проведение своевременного скрининга средним медицинским персоналом не исключило дальнейшего развития нарушений функции глотания у больной, которое было зафиксировано в последующем логопедическом обследовании.

На следующий день была выполнена рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции лежа в палате: R-признаки пневмосклероза. Признаков пневмонии или трахеобронхита не выявлено.

Во время кормления 26.07.2018 у больной был отмечен кашель. Пациентка осмотрена логопедом ОРИТ-4. Выставлен диагноз: нейрогенная дисфагия тяжелой степени выраженности (10 баллов по модифицированной «Шкале оценки степени тяжести дисфагии» Клинического института мозга – КИМ); спастико-паретическая дизартрия грубой степени выраженности. Рекомендации: питание per os не рекомендуется, выполнение артикуляционной гимнастики и упражнений, стимулирующих функцию глотания.

Учитывая тяжесть развившейся дисфагии, по рекомендации специалиста по глотанию (логопеда), врачом-реаниматологом был установлен назогастральный зонд для оказания полноценной нутритивной поддержки и предупреждения развития острых медицинских осложнений.

При проведении КТ грудной полости 28.07.2018 выявлено застойное изменение в малом круге кровообращения. Гидроперикард. Последствия перенесенного туберкулеза. Наличие ателектазов в легких не зафиксировано.

Пациентка переведена в 1-е неврологическое отделение 30.07.2018. Осмотрена неврологом. В неврологическом статусе: менингеальные симптомы отрицательные. Шкала мобильности Ривермид: невозможность самостоятельного выполнения каких-либо движений (0 баллов). Сознание ясное, сонлива. Левосторонняя ге-

мианопсия. Насильственный поворот головы вправо. Тоническое отведение глазных яблок вправо. Парез взора влево. Нистагма нет. Сглажена левая носогубная складка. Умеренная дизартрия. Дисфагия. Питание зондовое. Язык по средней линии. Левосторонний гемипарез со снижением силы до пlegии в руке, в ноге – 1 балл. Сухожильные рефлексы S>D, симптом Бабинского слева. Снижение болевой чувствительности слева. Координаторные пробы не выполняет в рамках пареза. Функции тазовых органов контролирует частично. Шкала инсульта NIHSS – 11 баллов. Рефлексы орального автоматизма положительные.

Основной диагноз: повторный инфаркт головного мозга в бассейне правой средней мозговой артерии от

25.07.18, кардиоэмболический патогенетический вариант. Тромбоз М2/М3 сегмента ПСМА. Системная тромболитическая терапия от 25.07.18. Фон: гипертоническая болезнь III стадии, 3-й степени, риск сердечно-сосудистых осложнений – 4. Атеросклероз мозговых артерий. Постоянная форма мерцательной аритмии. Сахарный диабет 2-го типа. Последствия повторных ОНМК в бассейне ЛСМА и ЛЗМА. Сопутствующий диагноз: ишемическая болезнь сердца; атеросклеротический кардиосклероз; атеросклероз аорты, сосудов сердца; диабетическая микро- и макроангиопатия.

Осмотр логопеда 1-го неврологического отделения от 31.07.2018 включал в себя: осмотр ротовой полости, зубов, десен; оценку чувствительности слизистой ротовой полости и гор-

таноглотки, состояния глоточного, небного, кашлевого рефлексов. При обследовании орально-артикуляционного аппарата отмечались объем, сила и амплитуда движений органов артикуляции. Также проводились оценка фонации и дыхания и углубленное исследование функции глотания. Фиксировалось наличие или отсутствие поперхиваний или кашля (перед, во время или после глотка), изменений голоса после проглатывания болюсов воды, наличие рвоты или регургитации жидкости в полость носа, затрудненного дыхания во время приема пищи или жидкости.

Перед началом проведения реабилитационных мероприятий логопедом были поставлены задачи:

- определение механизма нейрогенной дисфагии;
- определение индивидуальной стратегии питания больной (per os или необходимость проведения заместительной терапии);
- профилактика возможных осложнений;
- разработка индивидуальной восстановительно-реабилитационной программы.

При *медико-логопедическом исследовании* выявлено следующее: сознание ясное. Больная несколько заторможена. Дыхание самостоятельное. Занимает вынужденное положение в постели. Жалоб на нарушение речи и глотания активно не предъявляет в связи со снижением критики. *Объективно*: вербальный контакт в целом продуктивный. Критика к своему состоянию снижена. Когнитивно сохранна. Собственная речь плохо разборчивая. Звукопроизношение грубо нарушено. Темп речи замедлен. Фонационный выдох укороченный. Голос слабый, маломодулированный, истощающийся. Тембр осиплый. Сглажена носогубная складка слева. Слабость периоральной мускулатуры. Чувствительность слизистой ротовой полости сохранена. Скопления слюны в ротовой полости не выявлено. Зубные ряды ненормативные. Мягкое небо малоподвижное. Рефлексы с небных дужек снижены. Язык по средней линии с белым творожным налетом, трофика сохранена. Тонус повышен, объем движений ограничен. Кашлевой рефлекс ослаблен. Глоточные рефлексы низкие. На всех консистенциях жидкой пищи наблюдается поперхивание, кашель, при этом качество голоса не меняется (учитывая отсутствие признаков «немой» аспирации, в связи с этим дополнительных инструментальных методов исследования не потребовалось). Дыхание после глотка учащенное. Глотание как функция затруднено. Пациентка получает питание через назогастральный зонд.

Заключение: спастико-паретическая дизартрия грубой степени выраженности. Нейрогенная дисфагия (по модифицированной «Шкале оценки степени тяжести дисфагии» КИМ – 9 баллов). **Рекомендации:** выполнение упражнений, укрепляющих артикуляционную и глоточную мускулатуру, применение компенсаторных стратегий, включая диетический и постуральные методы, а также проведение реабилитационных техник с применением стимуляционного и тренировочного методов, с целью предупреждения аспирации в дыхательные пути. Регулярная санация и увлажнение ротовой полости. Разъяснительно-профилактическая беседа с родственниками пациентки по соблюдению правил общения, позиционирования и кормления больной.

Медико-логопедические мероприятия, проводимые с пациенткой

В начале восстановительной работы логопедами была поставлена цель: улучшить функцию глотания и речи. Для достижения положительного результата и улучшения качества жизни пациентки одновременно решались несколько задач в виде превенции аспирации, обеспечения безопасности глотания, поддержания полноценного нутритивного статуса и уменьшения дизартрических проявлений в речи.

Приемы и методы логопедической работы по стимуляции акта глотания, подбора оптимальной консистенции пищи и вязкости жидкости, безопасного объема глотка, выбора адекватной позы во время кормления, соблюдения темпа кормления и проводимых процедур для нормализации физиологического дыхания и восстановления речевых функций применялись с учетом индивидуального подхода, соматического состояния и психологического настроя пациентки.

Реабилитационные логопедические мероприятия включали следующие методы:

- функционально-тренировочный – стимуляция мышц, участвующих в акте глотания, позволяла увеличить силу и амплитуду движений при выполнении пассивной и активной артикуляционной гимнастики. В результате тренировок постепенно закреплялся паттерн глотка.
- компенсаторно-приспособительный – облегчение приема пищи в процессе глотания:
 - а) диетический – модификация консистенции пищи, вязкости жидкости, объема и темпа кормления с применением вспомогательных средств во время питания;
 - б) постуральный – изменение положения головы и тела с применением специальной техники проглатывания.

В связи с тем, что при пероральном приеме 10 мл (2 чайные ложки) жидкости у пациентки отмечались поперхивания, была изменена вязкость предлагаемого материала при помощи медицинского загустителя жидкости. Без симптомов пенетрации пациентка могла проглотить болюс, загущенный до консистенции крема, в объеме 40 мл. При процедурах головной конец кровати поднимался на угол не ниже 60°. Размер предлагаемых болюсов соответствовал объему 5 мл (1 чайная ложка), исходя из понимания того, что чем меньше размер болюса, тем легче совершается акт глотания, уменьшается объем остатка пищи или жидкости после проглатывания и снижается риск пенетрации/аспирации.

Разглатывание проводилось с применением питательной смеси повышенной вязкости Фрезубин Крем 2 ккал/г с консистенцией пудинга или густой сметаны с высоким содержанием белка (12,5 г на 125 г) и энергии (250 ккал на 125 г) с последовательным переходом на более жидкую консистенцию натурального йогурта (Фрезубин Йогурт с содержанием белка 9,4 г на 125 г, энергии – 188 ккал на 125 г). Больной требовались дополнительные глотки. Отмечались быстрое утомление, учащение дыхания. Проведение прямой терапии как тренировочного метода было рекомендовано еще на этапе получения больной энтерального питания через назогастральный зонд.

Одним из преимуществ, применяемых при «разглатывании» готовых питательных смесей, оказалось их вкусовое разнообразие. В работе учитывались вкусовые предпочтения пациентки.

С момента начала проведения логопедических занятий пациентка тяжело переносила наличие зонда, проявляла раздражение и нежелание выполнять необходимые упражнения. Жаловалась на саднение и боли в горле. После проведения разъяснительной беседы о невозможности получения безопасного перорального питания, больная стала продуктивно сотрудничать с логопедом.

В течение недели наблюдалось постепенное улучшение состояния пациентки. Больная находилась в ясном сознании, активнее отвечала на вопросы, выполняла тренировочные упражнения с большей заинтересованностью. Было отмечено увеличение амплитуды движения языка. Повысилась сила голосовых реакций. Улучшилась разборчивость речи. Проглатывание болюса консистенции крема требовало меньших усилий со стороны больной, и добавочный глоток не производился. При повторном обследовании функции глотания с использованием жидкости (воды) пенетрация отмечалась уже только на объеме в 90 мл.

По «Шкале оценки тяжести дисфагии» КИМ – 5 баллов (дисфагия легкой степени). Назогастральный зонд был удален. Рекомендован переход на пероральное питание с применением модифицированной диеты с загущением жидкостей до консистенции сиропа (либо Фрезубин Сгущенный ступень I). Кормление осуществлялось медицинским или немедицинским персоналом. Больная употребляла пищу мягкой гомогенной консистенции небольшими по объему болюсами в медленном темпе. В прежнем режиме проводились логопедические функциональные тренировки, применялись необходимые постуральные методы и учитывалось правильное позиционирование пациентки во время приема пищи.

Дополнительно проводились разъяснительные беседы с родственниками пациентки, на которых обсуждались следующие моменты: разъяснение механизма нарушения функции глотания, видимые признаки нарушения, правила позиционирования и техники кормления, обучение правилам санации полости рта.

Через 2 нед после начала реабилитационных мероприятий была отмечена положительная динамика восстановления. Пациентка была переведена на модифицированную диету с употреблением пищи мягкой консистенции и жидкостей с уровнем вязкости сиропа (либо Фрезубин Сгущенный ступень I).

С 27.08.2018 пациентка перестала нуждаться в загущении жидкостей, смогла вернуться к привычному образу питания. Была рекомендована щадящая диета с управляемым объемом и темпом принятия пищевого болюса. Жидкость употреблялась с помощью специализированного поильника-дозатора.

В речевом статусе также отмечались положительные результаты: степень выраженности спастико-паретической дизартрии уменьшилась с грубой степени до легкой степени выраженности. В результате проведенного курса медико-логопедических процедур состояние функций речи и глотания значительно улучшилось.

Исходя из изложенного, крайне важным является привлечение специалиста-логопеда к исследованию функций речи и глотания на самых ранних этапах медицинской реабилитации с целью своевременного оказания специализированной медико-логопедической помощи пациентам, перенесшим инсульт.

В основу более успешного восстановления (коррекции) функции глотания должны быть положены следующие факторы:

- постоянный контроль за актом глотания (динамическое наблюдение);
- реабилитационные мероприятия, включающие в себя функционально-тренировочные и компенсаторно-приспособительные методы;
- качественная нутритивная поддержка с подбором модифицированной консистенции пищи и определенным уровнем вязкости жидкости;
- правильная организация процесса кормления.

Употребление пациентами с дисфагией твердой и жидкой пищи в натуральном виде провоцирует быстрое развитие серьезных соматических осложнений. Поэтому для данной категории больных была разработана целая линия продуктов компании «Фрезениус Каби» (Fresenius Kabi), которая позволяет индивидуализировать подход к питанию пациента, снижает риски небезопасного перорального кормления и повышает эффективность работы логопеда в процессе восстановления функции глотания.

Выводы

С профессиональной точки зрения упрощение проведения медико-логопедической диагностики, четыре уровня вязкости питательных смесей, не требующих специальной подготовки, высокая энергетическая ценность и содержание белка в малом объеме, разнообразие вкусовых вариаций и персонализированный подход в подборе адекватного клинического питания – все это явилось залогом успешного завершения реабилитационных мероприятий по «разглатыванию» пациентки (с полным восстановлением функции глотания) и возвращению больной к привычному пищевому поведению.

Литература/References

1. Daniels SK, Schroeder MF, De George PC et al. Defining and measuring dysphagia following stroke. *Am J Speech Lang Pathol* 2009; 18: 74–81.
2. Smithard DG, Smeeton NC, Wolfe DC. Long-term outcome after stroke: does dysphagia matter? *Age Ageing* 2007; 36: 90–4.
3. Meier R, Stratton R. Basic concepts in nutrition: Epidemiology of malnutrition. *e-SPEN. Eur J Clin Nutr Metab* 2008; 3 (4): 167–70.
4. Effect of Malnutrition after acute stroke on clinical outcome Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation (16th Edition) March 26th, 2014.
5. Luchesi KF, Kitamura S, Mourão LF. Management of dysphagia in Parkinson's disease and amyotrophic lateral sclerosis. *Codas* 2013; 25 (4): 358–64.
6. Blitzer A. Approaches to the patients with aspiration and swallowing disabilities. *Dysphagia* 1990; 5 (3): 129–37.
7. Cichero J, Clavé P. Stepping stones to living well with dysphagia. Nestlé Nutrition Institute Workshop Series. 2012; 72.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Норвилс Светлана Николаевна – рук. логопедической службы ГБУЗ «ГКБ им. С.С.Юдина». E-mail: nordika-sv@mail.ru

Петрова Анна Вячеславовна – логопед ГБУЗ «ГКБ им. С.С.Юдина»