

## ПОРУШЕННЯ КОВТАННЯ У ХВОРИХ ІЗ МОЗКОВИМ ІНСУЛЬТОМ, ОСОБЛИВОСТІ ДОГЛЯДУ ТА ХАРЧУВАННЯ

С. І. Пранничук

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
МОЗ України»  
ННІ медсестринства*

---

При догляді за хворими з мозковим інсультом медсестра інсультного відділення повинна вміти провести скринінг на предмет виявлення дисфагії, оцінити нутритивний статус та рівень гідратації. Необхідно здійснювати щоденний моніторинг цих показників, проводити і контролювати ефективність ентерального харчування.

---

## SWALLOWING DISORDERS IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE, PECULIARITIES OF CARE AND NUTRITION

S. I. Prannychuk

*SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»  
Educational-Scientific Institute of Nursing*

---

In the care of patients with cerebral stroke, a nurse of the Stroke Department should be able to conduct screening swallowing difficulties, nutritional status and level of hydration. The nurse must perform daily monitoring of these indicators, conduct and monitor the effectiveness of enteral nutrition.

---

**Вступ.** У гострому періоді мозкового інсульту розлади ковтання (дисфагія) негативно впливають на стан пацієнта. Дисфагія зустрічається у 64–90 % пацієнтів з інсультом середнього ступеня тяжкості й тяжкого з локалізацією вогнища у стовбурі мозку, півкулях головного мозку (двопівкульна, правопівкульна, лівопівкульна) і мозочка. Найбільш виражена дисфагія відмічена при ураженні стовбура головного мозку або двобічного півкульного пошкодження. Дисфагія може проявлятися розладами однієї чи кількох фаз ковтання: ротової, ротової підготовчої, глоткової чи стравохідної. Найчастіше у пацієнтів з інсультом порушується рото-глоткова фаза [2]. Найвища частота дисфагії в гострому періоді інсульту і в подальшому знижується до 15 % протягом трьох місяців. Дисфагія небезпечна через ускладнення. Насамперед, це стосується аспірації, яка виникає у 22–42 % пацієнтів згідно з відео-флюороскопічним дослідженням. Необхідно пам'ятати, що у 1/3–1/2 пацієнтів після інсульту з тих, що можуть мати аспі-

раційний синдром, є прихована аспірація. Тобто, у них не відмічаються такі ознаки аспірації, як кашель, поява «вологого голосу» тощо після ковтання). Наявність аспірації підвищує ризик виникнення аспіраційної пневмонії. Дисфагія також може призвести до зневоднення, зниження енергетичного обміну, патологічного схуднення та активації каталітичних процесів [7]. Недоїдання виявляється у 7–15 % пацієнтів з інсультом при госпіталізації у лікарню та у 22–35 % пацієнтів на 2-му тижні госпіталізації. Серед хворих, які потребують тривалої реабілітації, відсоток осіб з недостатнім харчуванням може сягати 50 %. Усі ускладнення дисфагії погіршують перебіг основного захворювання та поглиблюють ступінь інвалідизації пацієнта.

Чим довше утримується дисфагія, тим більше зростає ризик виникнення вищезазначених ускладнень і погіршується прогноз для хворого. Тому важливе значення мають раннє виявлення та адекватна корекція порушень ковтання у пацієнтів в гострому періоді інсульту [6].

**Основна частина.** Для запобігання виникненню вторинних ускладнень дисфагії важливо обстежувати кожного пацієнта з гострим інсультом на наявність порушень ковтання, а за умови їх виявлення – провести подальшу детальну оцінку. Скринінг дисфагії у хворого необхідно здійснити якнайшвидше з моменту госпіталізації у стаціонар, як тільки це дозволить його стан, але не пізніше 24 год з моменту госпіталізації. Скринінгові тести на наявність дисфагії були розроблені для використання не лише вузькими спеціалістами. Їх може провести медсестра інсультної команди, яка повинна обов'язково пройти навчання з використання цих тестів. Щодо вибору скринінгових методів оцінки дисфагії, декілька системних оглядів вважають, що найкращими для інсультних хворих є тести з раннім приліжковим оцінюванням дисфагії. Найбільшу чутливість та специфічність з усіх запропонованих тестів показали наступні: Gugging Swallowing Screen (GSS) (2007) [10] та Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST®) [4] (2009).

Скринінг дисфагії за допомогою цих тестів проводиться біля ліжка пацієнта. Він полягає в оцінці рівня свідомості пацієнта і його здатності взяти участь в обстеженні, оцінці ступеня постурального контролю (чи пацієнт здатний сидіти у вертикальному положенні – при підтримці або самостійно). Порушення свідомості і постурального контролю унеможливають подальший скринінг. У даному випадку пацієнта потрібно годувати не пероральним, а ентеральним шляхом до наступного скринінгу. Якщо хворий здатний активно брати участь в обстеженні і може з підтримкою перебувати у вертикальному положенні сидячи, слід провести спостереження за гігієною ротової порожнини та за контролем ротової секреції. Одночасно спостерігаємо, чи немає розладів ротоглоткової фази ковтання, таких, як кашель, задуха, «вологий» голос тощо. Обов'язково оцінюємо голос пацієнта (охриплість, «носовий» відтінок, порушення артикуляції); функцію м'язів ротової порожнини; чутливість ротової порожнини та початкових відділів глотки (наявність глоткового рефлексу) і здатність кашляти.

Для виключення аспіраційного ризику проводимо проби з водою для перевірки функції ковтання. Наприклад, можна використати ті проби, що включені у тести TOR-BSST, GSS чи тест з 3-ма чайними ложками води. Останній полягає в тому, що пацієнту пропонують випити по черзі 3 чайні ложки води і після кожної випитої ложки спостерігають

за появою ознак аспірації (кашель, зміна звучання голосу тощо). Якщо ознаки аспірації не з'явилися – пропонують випити воду зі склянки, далі – спробувати проковтнути їжу різної текстури. Чутливість цього тесту >70 % і специфічність 22–66 % у виявленні аспірації. Комбінація приліжкових скринінгових тестів з контролем сатурації кисню підвищує чутливість зазначених ковтальних тестів (87–100 %) [8]. Цілком можливо, що пацієнти з «німою /прихованою» аспірацією «успішно» виконують тест з водою й аспірація у них триватиме. Проте всім хворим, включно тих, які успішно пройшли скринінг дисфагії, необхідно щоденно проводити моніторинг порушень ковтання впродовж усього періоду госпіталізації [9].

За умови виявлення порушень ковтання під час скринінгу, подальшу повну оцінку ковтання з уточненням характеру (яка саме фаза ковтання порушена і чому) та тяжкості порушень здійснює фахівець – логопед. Повна клінічна оцінка ковтання (наприклад, запропонована ASHA чи Logemann (1999) [3]) містить детальний контроль фаз ковтання, руховий та чутливий статус органів ротової порожнини, аналіз даних анамнезу тощо. За необхідності після клінічної оцінки інколи проводять додаткове інструментальне обстеження – відеофлюороскопичну оцінку ковтання, яку на сьогодні вважають «золотим стандартом» для виявлення дисфагії, та одночасно з нею або як альтернативу – фіброоптичне ендоскопічне дослідження ковтання. На підставі цього пропонують індивідуальну терапевтичну стратегію та компенсаторні прийоми для запобігання аспірації.

Якщо повна оцінка ковтання виявила високий ризик розвитку аспірації та якщо неможливо задовольнити потреби хворого у харчуванні per os, пацієнту показане ентеральне годування. Хворим з порушенням ковтання рекомендована рання постановка назогастрального зонда (впродовж перших 48 годин з моменту виникнення інсульту, оптимально вже з першої доби). Встановлено, що раннє ентеральне харчування супроводжується тенденцією до покращення результатів лікування [4, 5]. Відсутність перистальтичних шумів не є протипоказанням до його проведення. На цільові показники введення нутрієнтів необхідно вийти за 2–3 доби з моменту початку харчування. Об'єм ентерального харчування та дози його компонентів повинні бути ретельно розраховані, а під час проведення харчування необхідно визначати толерантність до нього і, при необхідності вчасно вноси-

ти корекцію. Простим і ефективним способом контролю є зважування хворого під час надходження до стаціонару і в процесі лікування. Рівень гідратації оцінюють за гематокритом, сухістю чи вологістю шкірних покривів, величиною діурезу, наповненістю периферичних вен. Крім того, важливим є регулярне дослідження електролітного складу крові, а при можливості, визначення осмолярності крові.

Введення в зонд великих об'ємів висококонцентрованих і високоосмолярних поживних сумішей може супроводжуватися розвитком низки ускладнень. Найбільш частими серед них є: виражені диспептичні розлади і діарея, порушення евакуації їжі зі шлунка й аспірація шлункового вмісту, розвиток гіперглікемії. При проведенні ентерального харчування слід уникати продуктів, які сприяють метеоризму. Хворим, які страждають на закрепи, необхідно давати послаблюючі і періодично призначати гіпертонічні клізми.

Для попередження аспірації шлункового вмісту при повному введенні розрахункових потреб в ЕХ головний кінець ліжка слід пригідняти на 30° (до 45°). Введення їжі краще проводити шляхом постійної інфузії, а не болусно, а також на тлі використання прокінетиків. При виникненні діареї слід виявити її етіологічний чинник. Таким пацієнтам призначають суміші, які містять розчинні волокна або невеликі пептиди.

Якщо дисфагія виражена і продовжується більше 6 тижнів, може бути показана гастростома чи єюностома, проте ці заходи не рекомендовані в перші 2 тижні після виникнення інсульту.

Пацієнти з дисфагією повинні проходити щоденний моніторинг впродовж перших двох тижнів після виникнення інсульту для визначення покращення чи повного відновлення ковтання. У подальшому оцінку порушень ковтання необхідно проводити кожні 2–3 місяці впродовж першого року, потім – кожні 6 місяців. Якщо хворий продовжує втрачати вагу або має рецидивуючу інфекцію органів грудної клітки, його слід негайно повторно обстежити на наявність дисфагії.

Для попередження ускладнень та відновлення нормального ковтання використовується ряд заходів. Усі вони поділяються на прямі та непрямі. До прямих методів належать: модифікація консистенції їжі та напоїв, стратегія безпечного ковтання, оптимізація положення пацієнта з інсультом під час прийому їжі. До непрямих методів слід віднести вправи для м'язів (на покращення координації та сили), що беруть участь у ковтанні, стимуляцію

структур ротової порожнини та глотки – електро-стимуляція (крізьшкірна та внутрішньоглоткова) та термальна тактильна стимуляція; транскраніальна магнітна стимуляція ділянок моторної проекційної зони органів ротової порожнини та глотки. Ці заходи мають проводитись і пацієнтам з ентеральним вигодовуванням. Пацієнтам з розладами ковтання потрібно призначати спеціальну «дисфагічну» дієту згідно з класифікацією L. L. Mann та співавт. [1]. Вона передбачає застосування 8 типів дієти з їжею різної консистенції: нектароподібні рідини; медоподібні рідини; рідини/їжа консистенції пудингу; проста гомогенна їжа; тип їжі, що потребує щільного пережовування; розсипчаста їжа; продукти змішаної консистенції. Пацієнту з тяжкою дисфагією рекомендований переважно 3-й тип дієти – медоподібні рідини: в'язкий йогурт, апельсиновий сік із м'якоттю тощо. Об'єм їжі та кратність годування визначаємо згідно з індивідуальними потребами пацієнта. Після зменшення дисфагічних проявів до помірного рівня пацієнту розширюємо спектр доступних дієт, включаючи різні типи консистенцій: 3-й тип; 4-й – рідини/їжа консистенції пудингу, бананове пюре, змочені пластівці; 5-й – проста гомогенна їжа, варене біле м'ясо, банани). Пацієнтам із незначними проявами дисфагічних порушень до харчового раціону, крім вищеперерахованих 3, 4 і 5-го типів, можна додавати ще й 2-й тип дієти (нектароподібні рідини, томатний сік, сметанний суп), а також 6-й (їжа, що потребує щільного пережовування, сир, піцца) [1]. Пацієнт сам обирає ту чи іншу консистенцію та кількість їжі, яка буде оптимальною для нього. Після повного відновлення функції ковтання хворий повертається до звичного харчового режиму. Для поновлення функції ковтання пацієнту слід запропонувати виконувати індивідуально розроблені комплекси реабілітаційних вправ, спрямовані на зменшення парезу глоткових м'язів.

Щодо специфічних методів лікування, то з позицій доказової медицини немає достатньо даних, що рекомендують їх для корекції порушень ковтання. Особлива увага приділяється гігієні ротової порожнини у всіх пацієнтів без винятку.

**Висновки.** 1. Усі хворі з мозковим інсультom впродовж першої доби після госпіталізації у стаціонар повинні пройти скринінг дисфагії перед тим, як почнуть їсти, пити чи приймати ліки per os. Тестування проводить спеціально навчена медсестра, використовуючи перевірений тест.

2. Скринінг харчового статусу пацієнта необхідно проводити впродовж 48 год з моменту госпіталізації. Особливої уваги вимагає оцінка та контроль гідратації.

3. Усім хворим з вираженими порушеннями ковтання впродовж першої доби повинен бути встановлений назогастральний зонд для проведення

адекватного ентерального харчування. Іншим хворим призначається спеціальна «дисфагічна» дієта, що враховує індивідуальні потреби пацієнта.

4. Медсестра інсультної команди повинна здійснювати щоденний моніторинг дисфагії, харчового статусу хворого, проводити і контролювати ефективність ентерального харчування.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Віничук С. М. Корекція рото-глоткової дисфагії в гострий період мозкового інсульту / С. М. Віничук, А. О. Волосовець // Міжнародний неврологічний журнал. – № 2 (32). – 2010.

2. Predictors of survival after severe dysphagic stroke / G. W. Ickenstein, J. Stein, D. Ambrosi, R. Golstein // J. Neurol. – 2005. – Vol. 252. – P. 1510–1516.

3. Logemann J. A. A screening procedure for oropharyngeal dysphagia / J. A. Logemann, S. Veis, L. Colangelo // Dysphagia. – 1999. – Vol. 14 (1). – P. 44–51.

4. The Toronto bedside swallowing screening test (TOR-BSST): Development and validation of a dysphagia screening tool for patients with stroke / R. Martino, F. Silver, R. Teasell [et al.] // Stroke. – 2009. – Vol. 40. – P. 555–561.

5. The Massey Bedside Swallowing Screen / R. Massey, D. Jedlicka // J. Neurosci. Nurs. – 2002. – Vol. 34 (5). – P. 252–253, 257–260.

6. Paik N. J. Critical review on the management for adult oropharyngeal dysphagia / N. J. Paik, T. R. Han //

Crit. Rev. Phys. Rehabil. Med. – 2002. – Vol. 14. – P. 247–272.

7. Perry L. Screening swallowing function of patients with acute stroke. Part one: identification, implementation and initial evaluation of a screening tool for use by nurses / L. Perry // Journal of Clinical Nursing. – 2001. – Vol. 10. – P. 463–473.

8. The combination of bedside swallowing assessment and oxygen saturation monitoring of swallowing in acute stroke: a safe and humane screening tool / H. A. Smith, S. H. Lee, P. A. O'Neill [et al.] // Age Ageing. – 2000. – Vol. 29. – P. 495–499.

9. Teasell R. Evidence-Based review of stroke rehabilitation / R. Teasell // Executive Summary (12th Edition). Canada. 2009.

10. Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen / M. Trapl, P. Enderle, M. Nowotny [et al.] // Stroke. – 2007. – Vol. 38 (11). – P. 2948–2952.