https://doi.org/10.34883/PI.2026.29.5.009

Гиль И.Г.✉, Святская Е.Ф., Клименкова А.С.
Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии, Минск, Беларусь

Стандартизация подхода к скринингу и ведению пациентов с нейрогенной дисфагией в остром периоде цереброваскулярной патологии

Конфликт интересов: не заявлен.
Вклад авторов: Гиль И.Г. – разработка концепции и дизайна исследования, анализ и интерпретация данных, сбор и анализ данных, написание черновика рукописи; Святская Е.Ф. – критический пересмотр рукописи; Клименкова А.С. – анализ данных, критический пересмотр рукописи. Все авторы одобрили финальную версию рукописи и согласны нести ответственность за все аспекты работы.

Подана: 02.09.2026
Принята: 15.10.2026
Контакты: ina.hil.2015@gmail.com

Резюме

Введение. Нарушения глотания (дисфагия) являются одним из ведущих факторов заболеваемости и смертности у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК), достигая частоты 50–70%. Отсутствие единого стандартизированного алгоритма скрининга и ведения таких пациентов приводит к поздней диагностике, развитию аспирационных пневмоний и увеличению сроков госпитализации.
Цель. Стандартизация подхода к выявлению и коррекции дисфагии у пациентов с ОНМК для обеспечения преемственности между реанимационными и реабилитационными этапами, снижения частоты осложнений и смертности.
Материалы и методы. Проведен анализ данных литературы и существующих клинических протоколов по диагностике и лечению нейрогенной дисфагии. Разработан и предложен к внедрению алгоритм, включающий обязательный скрининг (трехглотковая проба, Guss-тест), инструментальную диагностику (FEES, VFSS) и поэтапную реабилитацию.
Результаты. Предложен комплексный алгоритм ведения пациентов с дисфагией, включающий клиническую и инструментальную диагностику, дифференцированные подходы к питанию (от перорального до зондового и гастростомии), методы физической реабилитации (электростимуляция, артикуляционная гимнастика, постуральные техники) и гигиену полости рта. Разработаны четыре стандартизированных протокола ведения пациентов в зависимости от уровня сознания и наличия трахеостомической трубки / назогастрального зонда.
Ключевые слова: дисфагия, острое нарушение мозгового кровообращения, инсульт, скрининг дисфагии, аспирационная пневмония, назогастральный зонд, реабилитация, протокол ведения

Hil I.✉, Svyatskaya E., Klimiankova A.
Minsk Scientific and Practical Center for Surgery, Transplantology and Hematology, Minsk, Belarus

Standardization of the Approach to Screening and Management of Patients with Neurogenic Dysphagia in the Acute Phase of Cerebrovascular Pathology

Conflict of interest: nothing to declare.
Authors' contribution: Hil I. – development of the research concept and design, data analysis and interpretation, data collection and analysis, writing the draft manuscript; Svyatskaya E. – critical review of the manuscript; Klimiankova A. – data analysis, critical review of the manuscript. All authors approved the final version of the manuscript and agree to be responsible for all aspects of the work.

Submitted: 02.09.2026
Accepted: 15.10.2026
Contacts: ina.hil.2015@gmail.com

Abstract

Introduction. Swallowing disorders (dysphagia) are a leading cause of morbidity and mortality in patients with acute cerebrovascular accident (stroke), reaching a frequency of 50–70%. The absence of a unified standardized screening and management algorithm leads to delayed diagnosis, the development of aspiration pneumonia, and increased hospital stays.
Purpose. To standardize the approach to the identification and correction of dysphagia in stroke patients to ensure continuity between intensive care and rehabilitation stages, reduce complications and mortality.
Materials and methods. An analysis of the literature and existing clinical protocols for the diagnosis and treatment of neurogenic dysphagia was conducted. An algorithm was developed and proposed for implementation, including mandatory screening (3-ounce water swallow test, Guss test), instrumental diagnostics (FEES, VFSS), and staged rehabilitation.
Results. A comprehensive algorithm for the management of patients with dysphagia was proposed, including clinical and instrumental diagnostics, differentiated nutritional approaches (from oral to tube feeding and gastrostomy), physical rehabilitation methods (electrical stimulation, articulatory gymnastics, postural techniques), and oral hygiene. Four standardized protocols for patient management were developed depending on the level of consciousness and the presence of a tracheostomy tube / nasogastric tube.
Conclusion. The implementation of a standardized algorithm can reduce the incidence of aspiration pneumonia, shorten hospital stays, and improve functional outcomes in patients with stroke and dysphagia.
Keywords: dysphagia, acute cerebrovascular accident, stroke, dysphagia screening, aspiration pneumonia, nasogastric tube, rehabilitation, management protocol

■ ВВЕДЕНИЕ

В структуре заболеваемости и смертности пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) и критическими состояниями одно из ведущих мест занимают нарушения глотания (дисфагия), частота которых достигает 50–70% [1]. Дисфагия – это нарушение, затрагивающее ротовую полость, глотку, пищевод или гастроэзофагеальное соединение. Последствия дисфагии включают недоедание и обезвоживание, аспирационную пневмонию, ухудшение общего состояния, хронические заболевания легких и даже смерть. Пациенты могут испытывать социальную изоляцию, смущение и снижение качества жизни, связанные с приемом пищи [2, 3].

В настоящее время в учреждениях здравоохранения часто отсутствует единый алгоритм скрининга дисфагии, что приводит к поздней диагностике, развитию аспирационных пневмоний и увеличению сроков госпитализации. Учителя-дефектологи (логопеды) являются неотъемлемыми членами мультидисциплинарной бригады, однако их работа должна быть четко регламентирована и стандартизирована [4].

■ ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Стандартизация подхода к выявлению дисфагии, обеспечение преемственности между реанимационными и реабилитационными этапами, снижение частоты осложнений и смертности у пациентов с ОНМК.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа основана на анализе современных клинических рекомендаций, данных литературы и практического опыта ведения пациентов с ОНМК в условиях ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии».

Диагностический алгоритм

Клиническая диагностика начинается с обязательного скрининга в первые 24–48 часов после поступления, до первого кормления [5]. Скрининг может проводиться лечащим врачом, медицинской сестрой или членом мультидисциплинарной бригады.

Этапы скрининга:

1. Осмотр: оценка сознания, способности следовать инструкциям, положения тела.
2. Водная проба: используется GUSS-тест с загущенной водой или трехглотковая проба (3 унции воды). Проба считается пройденной при отсутствии кашля, изменения голоса или прерывания питья [6].
3. Интерпретация: при наличии признаков аспирации (кашель, влажный голос, одышка) пациент немедленно переводится на режим «ничего через рот») для проведения инструментальной диагностики.

Инструментальная диагностика

При положительном результате скрининга или при невозможности его проведения (нарушение сознания) выполняется инструментальное обследование:

- фиброэндоскопическая оценка глотания (FEES) – предпочтительный метод у тяжелых пациентов, позволяет оценить анатомию, секрецию и реакцию на глоток [7];

- видеофлюороскопическое исследование глотания (VFSS) – «золотой стандарт» для оценки всех фаз глотания, позволяет подобрать безопасную консистенцию пищи [8].

Результаты оцениваются по шкале пенетрации-аспирации Rosenbek и Федеральной эндоскопической шкале тяжести дисфагии (FEDSS).

РЕЗУЛЬТАТЫ

На основании проведенного анализа разработаны четыре стандартизированных протокола ведения пациентов с дисфагией, учитывающих уровень сознания, наличие трахеостомической трубки и назогастрального зонда, а также способность пациента к сотрудничеству (см. таблицу).

Разработанные протоколы позволяют четко дифференцировать объем диагностических и лечебных мероприятий в зависимости от тяжести состояния пациента, что обеспечивает преемственность между отделениями реанимации и медицинской реабилитации. Особое внимание уделяется пациентам с трахеостомической трубкой и назогастральным зондом, для которых предусмотрены этапные мероприятия по восстановлению глотательной функции, включая работу с надманжеточным пространством и постепенную деканюляцию.

Протоколы обследования пациентов с дисфагией в зависимости от клинического статуса
Protocols for examining patients with dysphagia, depending on their clinical status

Протокол	Категория пациентов	Объем обследования
Протокол № 1	Пациенты с нарушением сознания, наличие назогастрального зонда / трахеостомической трубки	▪ Исследование полости рта, зубов и десен ▪ Исследование чувствительности слизистой гортаноглотки ▪ Оценка реакции на трахеостомическую трубку ▪ Оценка скопления секрета в надманжеточном пространстве ▪ Оценка глоточного рефлекса ▪ Обследование артикуляционного аппарата (черепные нервы V, VII, IX, X, XI, XII)
Протокол № 2	Пациенты в сознании, наличие зонда/трахеостомы, бульбарный/псевдобульбарный синдром, сотрудничество сохранено	▪ Все из протокола № 1 ▪ Оценка рефлексов (глоточный, рвотный, кашлевой, сосательный, хоботковый) ▪ Оценка объема, силы, амплитуды движений артикуляционного аппарата ▪ Инструментальная диагностика (FEES, VFSS, ЭГДС)
Протокол № 3	Пациенты в сознании, наличие зонда/трахеостомы, бульбарный/псевдобульбарный синдром, сотрудничество отсутствует	▪ Аналогично протоколу № 2 ▪ Особое внимание – пассивным методам обследования и оценке рефлекторной активности
Протокол № 4	Пациенты в сознании, без трахеостомы и назогастрального зонда, бульбарный/псевдобульбарный синдром	▪ Сбор анамнеза ▪ Скрининговое тестирование глотания (в первые 3 часа) ▪ Полное исследование чувствительности слизистой ротоглотки (тактильная, температурная, вкусовая) ▪ Оценка всех рефлексов ▪ Детальное обследование артикуляционного аппарата ▪ Инструментальная диагностика (FEES, VFSS, рентгенография)

Лечебно-реабилитационные подходы

Лечение пациентов с нейрогенной дисфагией является мультидисциплинарным и включает три основных принципа: реституция (восстановление), компенсация и адаптация [9].

1. Адаптационные мероприятия (диетическая коррекция):
- использование загустителей пищи в соответствии с международной классификацией IDDSI;
- подбор консистенции на основе инструментальных данных (от нектара до пудинга);
- расчет калорийности и водного баланса (30–35 ккал/кг/сутки);
- обеспечение питания: при неэффективности перорального питания показана установка назогастрального зонда (на срок до 3–4 недель) или чрескожной эндоскопической гастростомии (ПЭГ) при ожидаемой длительности кормления >4 недель [10].

2. Физические методы компенсации и реституции:
- постуральные техники: опускание подбородка, поворот головы для направления пищевого комка;
- маневры: глотание с усилием, маневр Мендельсона (подъем гортани);
- упражнения: Масако (удержание языка), упражнение Шейкера (подъем головы) для улучшения раскрытия верхнего пищеводного сфинктера;
- электростимуляция: использование синусоидальных модулированных токов (СМТ) и флюктуирующих токов для активации мышц глотки и дна ротовой полости [11].

3. Гигиена полости рта:
- обязательная чистка зубов мягкой щеткой с пастой без SLS до и после кормления;
- увлажнение слизистой для профилактики ксеростомии;
- удаление остатков пищи с помощью аспиратора (категорически запрещено полоскание!).

Медикаментозное лечение

Доступное медикаментозное лечение направлено либо на стимуляцию нервных путей, контролирующих акт глотания, либо на активацию мышц, участвующих в глотании. Рекомендованы следующие группы препаратов [12]:
- антихолинэстеразные препараты (прозерин, ипидакрин) – при невропатиях черепных нервов и миастении;
- дофаминергические препараты (леводопа) – при болезни Паркинсона;
- ингибиторы АПФ – для профилактики аспирационной пневмонии (повышение уровня субстанции Р);
- прокинетики (метоклопрамид) – для предотвращения регургитации у пациентов с зондом.

Ожидаемые результаты внедрения алгоритма

Разработанный алгоритм (протоколы № 1–4) позволяет стандартизировать ведение пациента в зависимости от уровня сознания и наличия трахеостомы/зонда. Предполагается достижение следующих результатов:

1. Снижение частоты аспирационных и нозокомиальных пневмоний.
2. Сокращение среднего койко-дня.

3. Улучшение функциональных исходов (деканюляция, восстановление перорального питания).
4. Снижение летальности.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нейрогенная дисфагия является серьезным осложнением ОНМК, требующим ранней и стандартизированной диагностики и лечения. Внедрение алгоритма, основанного на принципах доказательной медицины и мультидисциплинарного подхода, является критически важным для улучшения исходов и качества жизни пациентов. Разработанные протоколы позволяют индивидуализировать тактику ведения в зависимости от клинического статуса, обеспечивая преемственность и системность реабилитационных мероприятий.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Martino R., Foley N., Bhogal S. et al. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke.* 2005;36(12):2756–2763.
2. Cohen D.L., Roffe C., Beavan J. et al. Post-stroke dysphagia: A review and design considerations for future trials. *International Journal of Stroke.* 2016;11(4):399–411.
3. Wirth R., Dziewas R., Beck A.M. et al. Oropharyngeal dysphagia in older persons – from pathophysiology to adequate intervention: a review and summary of an international expert meeting. *Clinical Interventions in Aging.* 2016;11:189–208.
4. Belova A. (ed.) *Medical examination and rehabilitation of patients with dysphagia.* Moscow: GEOTAR-Media. 2021:144 p.
5. Powers W.J., Rabinstein A.A., Ackerson T. et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines. *Stroke.* 2019;50(12):e344–e418.
6. Suiter D.M., Leder S.B., Karas D.E. The 3-ounce (90-cc) water swallow challenge: a screening test for children with suspected oropharyngeal dysphagia. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery.* 2009;140(2):187–190.
7. Nacci A., Ursino F., La Vela R. et al. Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing (FEES): proposal for informed consent. *Acta Otorhinolaryngol. Ital.* 2008;4:206–211.
8. Rosenbek J.C., Robbins J.A., Roecker E.B. et al. A penetration-aspiration scale. *Dysphagia.* 1996;11(2):93–98.
9. Cichero J.A., Lam P., Steele C.M. et al. The International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI): Framework for terminology and definitions. *Dysphagia.* 2017;32(2):293–314.
10. Dennis M.S., Lewis S.C., Warlow C. FOOD trial collaboration. Effect of timing and method of enteral tube feeding for dysphagic stroke patients (FOOD): a multicentre randomised controlled trial. *The Lancet.* 2005;365(9461):764–772.
11. Wang Yu., Xu L., Wang L. et al. Effects of transcutaneous neuromuscular electrical stimulation on post-stroke dysphagia: a systematic review and meta-analysis. *Front. Neurol.* 2023;14. doi: 10.3389/fneur.2023.1163045
12. Poorjavad M., Moghadam S.T., Ansari N.N. Effects of the head lift exercise and neuromuscular electrical stimulation on swallowing muscles activity in healthy older adults: a randomized pilot study. *Clin. Interv. Aging.* 2019;14:1131–1140.