

Н.М. Чемер, к. мед. н., Київська обласна клінічна лікарня

Шляхи ефективної корекції дисфагії як підступного ускладнення інсульту

Інсульт – тяжкий стрес для організму, складне захворювання, після якого хворий змушений проходити довгий шлях відновлення, інколи заново вчитися ходити, розмовляти й навіть приймати їжу. Адже особи з інсультом через повний або частковий параліч та інші неврологічні порушення стають нездатними до самостійного харчування. Водночас повноцінна нутритивна підтримка пацієнта під час гострого періоду інсульту та після перенесеної тяжкої хвороби є необхідною умовою для одужання. Дисфагія, або порушення процесу ковтання – одна з найпоширеніших ранніх проблем, що виникають після інсульту, й одночасно одне з найбільш загрозливих його ускладнень, яке впливає на тривалість життя хворого. Небезпека дисфагії полягає в тому, що вона призводить до аспірації (попадання стороннього матеріалу в трахею і легені), що загрожує здоров’ю пацієнта через розвиток пневмоній. Дегідратація та недостатнє, незбалансоване харчування грубо порушують обмін речовин в організмі хворого на інсульт та значно уповільнюють процес одужання й реабілітації.

Частота дисфагії в гострому періоді інсульту коливається від 13 до 78% (залежно від розміру й локалізації вогнища інсульту та методики виявлення порушень ковтання) [1-3]. Дисфагія чинить несприятливий вплив на якість життя, може підвищувати рівень смертності, тому стратегії підтримання безпечного ковтання є надзвичайно важливими [27].

Явища дисфагії у більшості хворих зберігаються від декількох днів до кількох тижнів. У пацієнтів із гострим інсультом вони асоційовані з гіршим прогнозом наслідків інсульту та перспективою потреби в постійному сторонньому догляді. В межах дослідження було продемонстровано наявність дисфагії у 20,7% хворих на гострий інсульт. У третині випадків розвивалися тяжкі форми, за яких пацієнти потребували встановлення назогастрального зонда та ентерального харчування. Особи з дисфагією довше лишалися на лікуванні у профільних відділеннях ($4,4 \pm 2,8$ vs $2,7 \pm 2,4$ днів у хворих без цього ускладнення; $p < 0,001$) [4].

За наявності дисфагії близько 50% пацієнтів зазнають високого ризику аспірації ротоглоткового матеріалу, яка є причиною більшості пневмоній, пов’язаних з інсультом [6, 7]. Використання методу відеофлюороскопії дозволило виявити, що у половини осіб із дисфагією після перенесеного інсульту ознаки порушення ковтання спостерігалися протягом наступних шести місяців [8].

Тож своєчасне виявлення цього ускладнення та вжиття необхідних заходів мають важливе значення як для збереження життя, так і одужання й відновлення функціонування пацієнта після перенесеного інсульту.

Сучасні можливості діагностування дисфагії

Розуміння нормальної фізіології та патофізіології ковтання має основоположне значення для оцінки й лікування його розладів, а також розробки програм реабілітації дисфагії. Жування й ковтання – це складні поведінкові акти, що включають як вольові, так і рефлекторні дії із залученням п’яти черепних нервів і 50 м’язів, а в їхній нейронній обробці задіяні структури стовбура мозку та ділянки кори.

Ковтання можна розділити на три фази, як-от ротова (оральна), глоткова (фарингеальна), стравохідна. Дисфагія у хворого після інсульту може виникати у всіх цих фазах [9]. Найпоширенішими формами дисфагії є ротоглоткова (труднощі з пропусканням їжі з ротової порожнини у стравохід) і стравохідна (порушення проходження твердої або рідкої їжі безпосередньо через стравохід) [10].

Діагностика та лікування порушень ковтання є серйозною проблемою в повсякденній клінічній практиці. Серед симптомів, що вказують на дисфагію, варто зазначити такі:

- труднощі з початком ковтання;
- зміна голосу (носовий відтінок мовлення);
- кашель та/або задиха при ковтанні;
- втрата ваги;
- загальна слабкість.

Діагностику дисфагії в осіб із гострим інсультом має виконувати мультидисциплінарна бригада

не пізніше ніж впродовж перших 24 год після події, а взагалі, якнайшвидше; вона також має включати раннє обстеження логопеда [11]. Відеофлюороскопія і гнучке ендоскопічне дослідження ковтання (FEES) вважаються «золотим стандартом» для оцінки дисфагії, проте потребують складного обладнання й підготовлених фахівців, тому лишаться важкодоступними та дорогавартісними [12].

У гострому періоді інсульту простий скринінг на дисфагію, оснований на огляді пацієнтів біля ліжка, можна використовувати для виявлення осіб, яким необхідне подальше діагностичне обстеження. Існує безліч скринінгових тестів на дисфагію. Приліжковий скринінг пацієнтів із гострим інсультом має бути надійним і точним, неформальним, неінвазивним, не потребувати додаткового обладнання, а результати – швидко інтерпретуватися [13]. Такий скринінг сприяє зниженню частоти аспіраційної пневмонії [14]. Найчастіше в осіб із дисфагією для раннього виявлення ризику аспірації застосовують достовірний та надійний скринінг ковтання Гуттінга (GUSS-тест), що має високу чутливість і специфічність [11]. Це швидкий і доступний неінвазивний інструмент для оцінки ступеня тяжкості розладів ковтання [15].

GUSS-тест має дві частини:

1. Непрямий тест ковтання (частина 1) для перевірки:
 - уваги;
 - довільного кашлю та/або очищення горла;
 - ковтання слини (акт ковтання, слинотеча, зміна голосу).

2. Тест прямого ковтання (частина 2) для виявлення наявності:
 - поперхування;
 - мимовільного кашлю;
 - слиновиділення та зміни голосу в процесі ковтання твердої/напівтвердої їжі й рідини.

За допомогою тесту можна визначити чотири рівні тяжкості:

- *0-9 балів:* виразна дисфагія та високий ризик аспірації;
- *10-14 балів:* помірна дисфагія та помірний ризик аспірації;
- *15-19 балів:* легка дисфагія з невеликим ризиком виникнення аспірації;
- *20 балів:* нормальна здатність ковтати.

Таким чином, 20 балів – це найвищий показник, що означає нормальну здатність до ковтання без ризику аспірації. Для кожного рівня тяжкості даються різні рекомендації щодо дієти.

Диференційований підхід до надання рекомендацій щодо харчування при дисфагії

Адекватна харчова підтримка пацієнта з інсультом – важливий компонент лікувальної та реабілітаційної програми. Вона чинить сприятливий вплив на нейропластичність та процеси відновлення втрачених функцій. Повноцінне харчування, подолання дисфагії та дотримання відповідного раціону є важливою частиною процесу відновлення нормального стану й запобігання рецидиву [7, 9].

Прямими показаннями для встановлення назогастрального зонда при гострих інсультах є:

- порушення свідомості;
- дисфагія;
- психічні розлади (депресія, психомоторне збудження, деліріозні стани, систематична відмова від приймання їжі, виразні когнітивні розлади);
- підвищена потреба в білку та калорійному харчуванні.

На основі результатів тесту GUSS клініцист має можливість диференційовано підходити до діагностування дисфагії та уникати рекомендацій взагалі утримуватися від перорального приймання їжі, ґрунтуючись лише на недостатній здатності ковтати рідину. Це дозволяє значній частині пацієнтів із перенесеним інсультом, яким показано вводити рідину внутрішньовенно або через назогастральний зонд, продовжувати вживати напівтверду їжу самостійно, ентеральним шляхом. Такий підхід не тільки дозволяє більш диференційовано враховувати патофізіологію ковтання, але є також економічно вигіднішим. Окрім того, він пов’язаний із меншим дискомфортом для хворого, який може продовжувати їсти напіврідку їжу без помітного ризику аспірації [11]. Своєю чергою це забезпечує достатню енергетичну підтримку організму, сприяє поліпшенню загального стану пацієнта, зменшує ймовірність розвитку депресії.

Європейське товариство з розладів ковтання (ESSD) рекомендує застосовувати спеціальні загусники для підвищення в’язкості рідин, що сприяє безпечному ковтанню шляхом зниження ризику інвазії дихальних шляхів [16]. Мета зміни в’язкості рідин полягає у створенні такої консистенції, яка максимально відповідає здатності пацієнта до ковтання [17]. Застосування загущувача рідини, наприклад, доступного на вітчизняному ринку **Nutlis Clear** на основі ксантанової камеді від компанії-виробника «Нутриція» (Nutricia), має бути рекомендоване в рутинній клінічній практиці спеціалізованих інсультних відділень та блоків.

Є докази важливості забезпечення достатнього вмісту незамінних амінокислот у харчовому раціоні хворих, що перенесли інсульт. Рекомендована кількість білка становить 2 г/кг маси тіла пацієнта, співвідношення вуглеводи/білок <2,5 г/кг маси тіла. Пацієнтам у тяжкому стані з наявністю запального процесу, які перебувають на зондовому ентеральному харчуванні, рекомендовано більшу кількість білка. Це може бути повністю забезпечено завдяки використанню рідких полімерних сумішей із високим вмістом білка та енергетичною цінністю 1,0-1,5 ккал/мл (**Nutrison, Nutrison Energy, Nutrison Advanced Cubison**) [19]. Експериментальні дослідження показали, що синтез білка пригнічується в ішемічній «півтіні». У пацієнтів, які отримували додатково пероральне харчування **Cubitan**, спостерігалася посилене відновлення нейрокогнітивної функції [20].

Значну частку осіб, які потребують ентерального харчування, становлять хворі на цукровий діабет 2-го типу. Є дані, що гіперглікемія наявна у 32-38% стаціонарних пацієнтів і 46% хворих відділень інтенсивної терапії, зокрема інсультних центрів [21, 22]. Слід також брати до уваги, що постінсультна гіперглікемія є поширеним явищем (до 50% осіб після інсульту) і може бути досить тривалою незалежно від статусу ЦД [23]. Контроль рівня глюкози у крові, спрямований на недопущення виникнення різних патологічних станів, пов’язаних із ЦД, передусім гіпоглікемії, є надзвичайно важливим при веденні таких пацієнтів.

Однією з найімовірніших причин розвитку гіпоглікемії є перевищення дози інсуліну. Окрім того, гіпоглікемія може виникнути після зміщення зонда для ентерального харчування, тимчасового припинення його приймання через нудоту



Н.М. Чемер

або проведення діагностичних маніпуляцій, що потребують вилучення зонда. Ці особливості клініцист має уважно враховувати у разі призначення та проведення ентерального харчування.

Для пацієнтів із ЦД та/або гіперглікемією, що потребують ентерального харчування, розроблені суміші, застосування яких дозволяє краще контролювати рівень глюкози, наприклад **Nutrison Advanced Dison Energy HP**. Вона має особливий склад, містить менше вуглеводів (та/або вуглеводів із низьким глікемічним індексом), а також більше мононенасичених жирних кислот. Результати дослідження показали, що постійне введення цієї діабет-специфічної суміші сприяло зниженню рівнів глюкози й інсуліну в пацієнтів порівняно зі звичайними сумішами [24]. Також виявлено, що використання діабет-специфічних сумішей для харчування у пацієнтів із ЦД, що потребують зондового харчування, приводило до зменшення тривалості перебування в лікарні [25].

Нині на ринку України для ентерального харчування осіб із ЦД та/або гіперглікемією доступна суміш зі спеціальною формулою **Nutrison Advanced Dison** (енергетична цінність – 1,03 ккал/мл, загальний об’єм – 1000 мл), що містить 43 г білка і застосовується в гостру фазу інсульту (перші 5-7 діб). За необхідності продовження ентерального харчування у хворих, що перенесли інсульт, після закінчення перших п’ятих діб можна застосовувати суміш **Nutrison Multi Fibre** із харчовими волокнами (енергетична цінність – 1,00 ккал/мл) або ж продовжувати ентеральне харчування сумішшю **Nutrison Advanced Dison**.

Ентеральне харчування слід почати протягом перших 24 год і забезпечувати двома можливими способами, наведеними у таблиці. Обидва варіанти здатні в повному обсязі забезпечити енергетичні потреби пацієнта. Необхідно також наголосити, що суміші з високим вмістом волокон є корисними з метою профілактики закріпів [26].

Висновки

Отже, задачею клініцистів є не лише врятування життя пацієнта з інсультом. Забезпечення повноцінного харчування (нутритивної підтримки) хворого у гострому періоді захворювання слід розглядати як окрему лікувальну інтервенцію, важливість якої не можна недооцінювати.

Із цією метою необхідно проводити рутинний скринінг на дисфагію. Рекомендовано застосовувати GUSS-тест, який має виконувати в осіб із гострим інсультом мультидисциплінарна бригада не пізніше ніж у перші 24 год після події. На сучасному етапі слід вживати заходи для забезпечення відповідної підготовки персоналу, включення логопедів та дієтологів у склад персоналу інсультних відділень.

Наявність на вітчизняному ринку сумішей, розроблених з урахуванням індивідуальних потреб пацієнтів, дає змогу забезпечити їх повноцінним ентеральним харчуванням. Це сприяє зниженню смертності й частоти ускладнень, дозволяє скоротити строк реабілітації, зменшити ступінь інвалідизації та підвищити якість життя хворого.

Список літератури знаходиться в редакції

СПЕЦІАЛІЗОВАНЕ ХАРЧУВАННЯ – НЕВІД'ЄМНА ЧАСТИНА ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ



Nutilis Clear*

**Розчинний загущувач
для рідин і їжі при труднощах
із ковтанням.**

Підвищує безпеку ковтання і запобігає
застряганню залишків їжі в горлі¹.



Cubitan*

Nutrison advanced Cubison*

**Збалансоване легкозасвоюване
харчування з високим вмістом
білка, енергії та аргініну.**

Пришвидчує реабілітацію
і покращує когнітивну функцію мозку у
пацієнтів з інсультом².



Nutrison Advanced Dison HP Energy Vanilla flavour*

**Високоенергетичне
збалансоване легкозасвоюване
харчування з високим вмістом
білка і низьким глікемічним
індексом зі смаком ванілі.**

Для пацієнтів з ГПМК, діабетом
чи ризиком розитку гіперглікемії.

* Нутіліс Клір, Кубітан, Нутрізон Едванст Кубізон, Нутрізон Едванст Діазон ВП Енергія зі смаком ванілі

1. Bolivar-Prados M, Rofes L, Arreola V, et al. Effect of a gum-based thickener on the safety of swallowing in patients with poststroke oropharyngeal dysphagia. *Neurogastroenterol Motil.* 2019:e13695.
2. R. Aquilani i wsp. Protein supplementati on may enhance the spontaneous recovery of neurological alterati ons in pati ents with ischemic stroke. *Clin. Rehabil.* 2008; 22: 104250.

Лінія підтримки Nutricia в Україні:

тел. 0 800 50 17 85

(09:00-19:00, дзвінки зі стаціонарних телефонів по Україні безкоштовні).

Юридична адреса

ТОВ з іноземними інвестиціями «Нутриція Україна»:

Україна, 04080, м. Київ, вул. Вікентія Хвойки, 18/14, корпус 2.

<https://medical.nutricia.ua/>

**Приєднуйтесь до спільноти
фахівців та дізнавайтесь більше
про нутритивну підтримку
пацієнтів на порталі Nutricia**

HCP.NUTRICIA.UA

