

18+

Мария Михайловна

Щербакова

Сергей Викторович Котов

Нейрогенная дисфагия

Клиника, диагностика,
лечение, реабилитация

Мария Щербакова

**Нейрогенная дисфагия.
Клиника, диагностика,
лечение, реабилитация**

«Издательские решения»

Щербакова М. М.

Нейрогенная дисфагия. Клиника, диагностика, лечение, реабилитация / М. М. Щербакова — «Издательские решения»,

В учебном пособии представлена информация о нейрогенной дисфагии, формах дисфагии при различных заболеваниях нервной системы, патогенезе, способах диагностики, контроле питания и функции глотания. Представлены программы восстановления глотания у больных с различными формами нейрогенной дисфагии. Пособие предназначено для врачей-неврологов, медицинских логопедов и других специалистов, принимающих участие в реабилитации пациентов с нейрогенной дисфагией.

Содержание

Введение	8
Анатомо-физиологические основы акта глотания	9
Нейрогенная дисфагия. Патогенез, диагностика	11
Проверка функции глотания (выявление дисфагии)	24
1. Подготовка к тестированию	25
2. Условия для проведения пробы	26
3. Тест с тремя глотками воды (трехглотковая проба)	27
4. Если пациент не выполнил трехглотковую пробу	28
Конец ознакомительного фрагмента.	29

Нейрогенная дисфагия Клиника, диагностика, лечение, реабилитация

**Мария Михайловна Щербакова
Сергей Викторович Котов**

© Мария Михайловна Щербакова, 2026

© Сергей Викторович Котов, 2026

ISBN 978-5-0070-1576-9

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

**Министерство здравоохранения Московской области
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Московской области «Московский областной
научно-исследовательский клинический институт
им. М.Ф. Владимирского»
Факультет усовершенствования врачей**

Утверждено решением Ученого совета
ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского
Протокол заседания Ученого совета №5 от 25.05.2026

**Мария Михайловна Щербакова
Сергей Викторович Котов**

Нейрогенная дисфагия

**Клиника, диагностика, лечение,
реабилитация**

Учебное пособие

**Издательские решения
По лицензии Ridero
2026**

В учебном пособии представлена информация о нейрогенной дисфагии, формах дисфагии при различных заболеваниях нервной системы, патогенезе, способах диагностики, контроле питания и функции глотания. Представлены программы восстановления глотания у пациентов с нейрогенной дисфагией.

Пособие предназначено для врачей-неврологов, медицинских логопедов и других специалистов, принимающих участие в реабилитации пациентов с нейрогенной дисфагией.

Авторы:

Щербакова Мария Михайловна — канд. мед. наук, логопед неврологического отделения ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского, ассистент кафедры неврологии факультета усовершенствования врачей ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского

Котов Сергей Викторович — д-р мед. наук, профессор, заведующей кафедрой неврологии факультета усовершенствования врачей ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского

Рецензенты:

Заведующий кафедрой ревматологии Факультета усовершенствования врачей ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, доктор медицинских наук, профессор **Каратеев Дмитрий Евгеньевич**

Профессор кафедры неврологии с курсом рефлексологии и мануальной терапии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор **Федорова Наталия Владимировна**

Ключевые слова: нейрогенная дисфагия; зондовое питание; мониторинг питания при дисфагии; диагностика дисфагии; реабилитация больных с нейрогенной дисфагией.

Key words: neurogenic dysphagia; tube feeding; nutritional monitoring in dysphagia; diagnostics of dysphagia; rehabilitation of patients with neurogenic dysphagia.

Введение

Нарушение акта глотания (дисфагия) является одним из наиболее частых и клинически значимых симптомов при поражении нервной системы. Встречаясь у пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения, черепно-мозговыми травмами, нейродегенеративными и демиелинизирующими заболеваниями, дисфагия представляет серьезную угрозу для жизни больного. Основными последствиями нарушений глотания являются аспирационные пневмонии, белково-энергетическая недостаточность и дегидратация, что существенно утяжеляет прогноз заболевания, увеличивает сроки пребывания в стационаре и нередко приводит к летальному исходу.

В современной клинической практике вопросы диагностики и коррекции нейрогенной дисфагии требуют мультидисциплинарного подхода с участием неврологов, реабилитологов и логопедов. Однако зачастую внимание специалистов сосредоточено преимущественно на лечении основного неврологического заболевания, в то время как нарушения функции глотания диагностируются несвоевременно или лечатся эмпирически, без учета патогенетических механизмов.

Данное учебное пособие «Нейрогенная дисфагия. Клиника, диагностика, лечение, реабилитация» призвано восполнить дефицит систематизированных знаний в этой области. В работе представлен оригинальный подход к классификации нарушений глотания, основанный на уровне поражения двигательной системы (от периферического нейрона до коры головного мозга) и возникающих при этом биомеханических расстройствах.

Особое внимание в пособии уделено практическим аспектам: алгоритмам ранней диагностики (скрининг, трехглотковая проба, тест VVT), технике установки и ухода за назогастральным зондом, а также вопросам нутритивной поддержки. Отдельный раздел посвящен дифференцированным методикам логопедической реабилитации, адаптированным под конкретные синдромы (бульбарный, псевдобульбарный, подкорковый, мозжечковый).

Пособие предназначено для врачей-неврологов, психиатров, врачей общей практики, медицинских логопедов, а также для студентов медицинских вузов и слушателей курсов повышения квалификации. Целью издания является совершенствование профессиональных компетенций специалистов в области диагностики, лечения и реабилитации пациентов с нейрогенной дисфагией, что позволит повысить качество медицинской помощи и улучшить прогноз для данной категории больных.

Анатомо-физиологические основы акта глотания

Глотание — это сложный сенсомоторный двигательный акт, критически важный для поддержания питания, водного баланса и самой жизни. В акт глотания включаются как произвольно, так и рефлекторно управляемые языком, дыхательной системы, глотки и желудочно-кишечного тракта, которые обеспечивают продвижение пищи из ротовой полости в желудок и защищают дыхательные пути от попадания пищи, жидкости и других веществ [1, 2, 3].

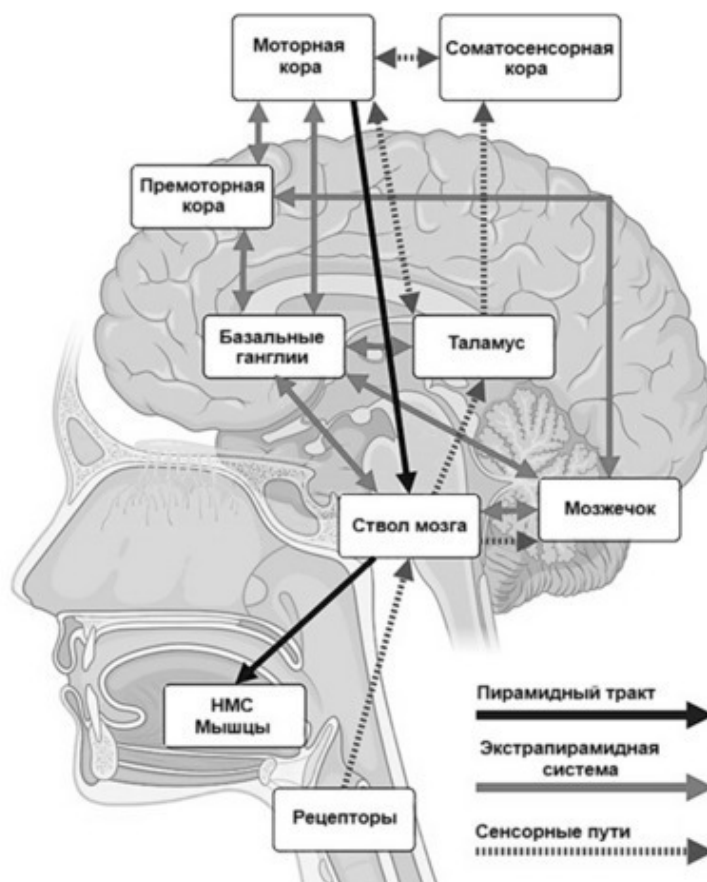


Рисунок 1. Структуры, участвующие в акте глотания.

НМС — нервно-мышечный синапс

В процессе глотания задействованы различные уровни центральной нервной системы — от коры головного мозга до продолговатого мозга (рис. 1). Около 50 пар поперечнополосатых мышц последовательно возбуждаются и/или тормозятся, обеспечивая продвижение пищевого комка из полости рта в желудок.

Акт глотания включает 3 фазы (рис. 2):

1) оральная (ротовая) — произвольная, сознательный и управляемый человеком процесс пережевывания пищи, смачивания ее слюной, формирование пищевого комка, который затем проталкивается в глотку;

2) фарингеальная (глоточная) — быстрая, рефлекторная, состоит из двух одновременно протекающих процессов — защиты дыхательных путей (мягкое небо перекрывает путь в полость носа, а опускающийся надгортанник — вход в гортань) и продвижение пищевого комка

через глотку в пищевод. Безопасный проход болюса в глотке без аспирации пищи имеет решающее значение для человека при глотании;

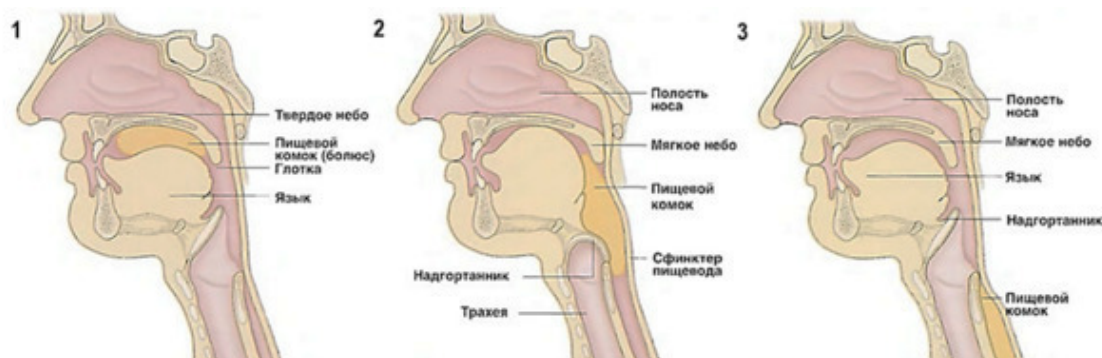


Рисунок 2. Стадии акта глотания. 1 — оральная стадия, мышцы языка с помощью нёба формируют пищевой комок, 2 — фарингеальная стадия, мышцы языка проталкивают пищевой комок в глотку, при этом мягкое небо перекрывает проход пищи в носовую полость, а надгортанник — в гортань, 3 — эзофагеальная стадия, мышцы глотки, поочередно сокращаясь, проталкивают пищевой комок в пищевод, после чего сокращения мышц-констрикторов пищевода направляет пищевой комок в желудок

3) эзофагеальная (пищеводная) — длительная, рефлекторная, начинается, когда пищевой комок попадает в пищевод, при этом происходят последовательные сокращения мышц пищевода, проталкивающие пищевой комок в направлении желудка.

Нейрогенная дисфагия. Патогенез, диагностика

Нейрогенная дисфагия возникает в результате нарушения работы сложной и интегрированной сенсомоторной системы, осуществляющей акт глотания, вызванного различными заболеваниями центральной и периферической нервной системы, нервно-мышечной передачи или мышц.

Нарушения акта глотания в зависимости от уровня (уровней) поражения сенсомоторной системы можно разделить на **вялые, спастические, гипокинетические, гиперкинетические, атактические, апраксические** или **смешанные** (табл. 1).

В отличие от общепринятых методов классификации двигательных расстройств специалисты разделяют виды дисфагии в первую очередь по биомеханическим нарушениям в полости рта, гортани, глотке и пищеводе, а также по их влиянию на безопасность и эффективность глотания, поэтому биомеханика глотания становится основой реабилитации. Считается, что укрепление мышц, участвующих в акте глотания, увеличивает их силу и подвижность, тем самым повышает эффективность и безопасность глотания. Так, при уменьшении контакта основания языка со стенкой глотки рекомендуют выполнять упражнения на укрепление внешней мускулатуры языка и/или глоточных сфинктеров. Однако этот комплекс упражнений предлагается без учета основных признаков моторной дисфункции, таких как спастичность, гипотония или дистония, которые могут быть причиной нарушений глотания. Игнорирование взаимосвязи между патологией нервной системы и возникающими в результате нарушениями глотания, вероятно, является причиной недостаточной эффективности логопедических упражнений.

Таблица 1. Симптоматика двигательных нарушений при поражении на разных уровнях	
Симптом	Определение
Симптоматика поражения периферического двигательного нейрона	
Денервационная атрофия	Уменьшение объема и силы мышц
Фасцикуляции	Непроизвольное ритмичное сокращение мышечных волокон, иннервируемых одним нейроном, независимо от других двигательных единиц в мышце.
Вялость	Мышца расслаблена и не сопротивляется пассивному растяжению
Гипотония/атония	Мышечный тонус снижен
Арефлексия	Утрата (сухожильных) рефлексов растяжения
Симптоматика поражения центрального двигательного нейрона	
Парез/паралич мышц	Паралич группы мышц, контролируемых волокнами пирамидного тракта, которые воздействуют на периферический двигательный нейрон. Если движение возможно, то связи между мышцами-агонистами, антагонистами, синергистами и фиксаторами остаются, но качественно изменяются.
Спастичность	Противодействие пассивному растяжению, линейно возрастающее с увеличением скорости растяжения
Гиперрефлексия	Повышены сухожильные и надкостничные рефлексы, угасают кожные рефлексы, появление патологических рефлексов
Симптоматика поражения базальных ганглиев	
Гипокинезия/акинезия	Ограничение подвижности
Брадикинезия	Замедленность движений
Пластический тонус	При пассивных движениях мышцы находятся в постоянном напряжении
Хорея	Непроизвольные, нерегулярные и хаотичные движения, напоминающие произвольные
Атетоз	Медленные «червеобразные» непроизвольные движения мышц
Дистония	Постоянные или периодические непроизвольные сокращения мышц, приводящие к насильственным движениям или патологическим позам, обусловленным одновременным сокращением мышц-агонистов и мышц-антагонистов

Таблица 1. Симптоматика двигательных нарушений при поражении на разных уровнях	
Симптом	Определение
Тремор	Чередующееся сокращение мышц-агонистов и мышц-антагонистов
Мозжечковая симптоматика	
Гипотония	Снижение противодействия пассивному растяжению
Атаксия	Утрата способности синхронизировать и координировать движения
Диссинергия	Нарушение взаимодействия мышц-агонистов и антагонистов
Дисметрия	Избыточная или недостаточная амплитуда целенаправленных движений
Дисдиадохокинез	Нарушение координации при быстро чередующихся движениях
Интенционный тремор	Дрожание, появляющееся в конце целенаправленного движения
Миоклонус	Кратковременные и хаотичные мышечные сокращения
Симптоматика поражения коры головного мозга	
Апраксия	Неспособность выполнять сложные и ранее освоенные движения несмотря на отсутствие парезов/параличей мышц, атаксии, экстрапирамидных симптомов, нарушений чувствительности или когнитивной дисфункции
Буккофациальная и оральная апраксия	Неспособность выполнять произвольные движения мышцами лица и языка по команде при сохранности произвольных движений

В табл. 2 приведены признаки дисфагии в зависимости от уровня поражения двигательной системы.

Таблица 2. Признаки и механизмы нейрогенной дисфагии при патологии на различных уровнях нервной системы											
Признак дисфагии	Описание	Последствия	Уровень поражения двигательной системы								СЕН
			М	НМС	ПДН	ЦДН	АРС	ГГС	МЗ	АПР	
Ослабленное сжатие губ	Недостаточное смыкание губ при глотании	Выпадание пищи изо рта	X	-	-	-	X	X	-	X	-
Дискоординация движения языка	Замедленное или нескоординированное движение языка при подготовке и перемещении болюса из ротовой полости в глотку	Неэффективное глотание Остатки пищи в полости рта	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Нарушение движений языка	Нарушение сокращения мышц языка в переднезаднем направлении в процессе орального транзита пищи	Неэффективное глотание	-	-	-	-	X	-	-	X	-
Непроизвольные движения языка/челюсти/гортани	Тремор или дискинезия жевательных мышц	Неэффективное глотание. Остатки пищи в полости рта	-	-	-	-	X	X	-	-	-

Таблица 2. Признаки и механизмы нейрогенной дисфагии при патологии на различных уровнях нервной системы											
Признак дисфагии	Описание	Последствия	Уровень поражения двигательной системы							М	СЕН
			М	НМС	ПДН	ЦДН	АРС	ГГС	МЗ	АПР	
Неэффективное пережевывание	Твердый болюс недостаточно пережеван перед проглатыванием	Крупные куски не пережеванной пищи могут привести к асфиксии	X	X	X	-	X	X	X	X	X
Замедленное проглатывание пищи	Разделение одного глотка на несколько	Неэффективное глотание	-	X	X	-	-	X	-	X	X
Трудности с началом глотания	Снижение способности продвигать болюс в глотку	Неэффективное глотание	-	-	-	-	X	X	-	X	-
Преждевременный транзит пищи	Болюс попадает в глотку до окончания его прохождения через ротовую полость	Риск аспирации	-	X	X	-	X	-	-	-	-

Таблица 2. Признаки и механизмы нейрогенной дисфагии при патологии на различных уровнях нервной системы												
Признак дисфагии	Описание	Последствия	Уровень поражения двигательной системы									
			М	НМС	ПДН	ЦДН	АРС	ГГС	МЗ	АПР	СЕН	
Снижение или отсутствие глоточного рефлекса	Болюс попадает в глотку до начала глоточной фазы	Риск аспирации	-	X	X	-	X	X	X	-	X	
Уменьшение подвижности рото-носоглоточной преграды	Уменьшение подвижности мышц мягкого нёба и глотки для препятствования прохождению пищи в носовую полость	Попадание пищи в носовую полость	X	X	-	X	-	X	-	-	-	
Ограниченная подвижность подъязычной кости	Ограничение передне-верхнего смещения подъязычной кости и гортани во время глоточной фазы глотания	Риск аспирации. Неэффективное глотание. Остатки пищи в глотке	X	X	X	-	X	X	X	-	-	

Таблица 2. Признаки и механизмы нейрогенной дисфагии при патологии на различных уровнях нервной системы											
Признак дисфагии	Описание	Последствия	Уровень поражения двигательной системы								
			М	НМС	ПДН	ЦДН	АРС	ГГС	МЗ	АПР	СЕН
Уменьшение ретрофлексии надгортанника	Нарушение перекрытия надгортанником входа в гортань	Риск аспирации. Неэффективное глотание. Остатки пищи в глотке	X	X	-	-	-	-	-	-	-
Нарушение смыкания гортани	Неполное смыкание гортани в области истинных голосовых складок, ложных голосовых складок и/или контакта между черпаловидными хрящами и черпаловидным отростком	Риск аспирации	-	X	-	-	X	X	-	-	-
Уменьшение движения корня языка и/или ослаб-	Уменьшение движения корня языка кзади в конце оральной фазы и/или снижение последовательного сокращения	Неэффективное глотание	X	X	X	-	X	X	X	-	-

Таблица 2. Признаки и механизмы нейрогенной дисфагии при патологии на различных уровнях нервной системы											
Как проявляется	Описание	Последствия	Уровень поражения двигательной системы							АПР	СЕН
			М	НМС	ПДН	ЦДН	АРС	ГГС	МЗ		
Дисфагия	верхнего, среднего и нижнего глоточных сфинктеров в конце глоточной фазы	Остатки пищи в глотке	X	X	X	-	X	X	X	-	-
Дисфагия / аспирация	Недостаточное расслабление перстнеглоточной мышцы, образующей ВПС и/или недостаточный подъем гортани и/или ослабление глоточной волны	Неэффективное глотание Остатки пищи в глотке	X	X	X	-	X	X	-	-	X
Дисфагия	Замедленное или аномальное прохождение болюса по пищеводу	Неэффективное глотание Остатки пищи в пищеводе	X	X	-	X	X	X	-	-	X

Примечание: М — мышцы (миопатия, миозит); НМС — нервно-мышечный синапс (миастения); ПДН — периферический двигательный нейрон (боковой амиотрофический склероз, бульбоспинальная амиотрофия Кеннеди); ЦДН — центральный двигательный нейрон (пирамидный паралич после инсульта, ЧМТ); АРС — акинето-ригидный синдром (паркинсонизм); ГГС — гиперкинетико-гипотонический синдром (гиперкинезы, дистония); МЗ — мозжечок (наследственные спиноцеребеллярные атаксии, рассеянный склероз); АПР — апраксия (инсульт, ЧМТ, опухоль); СЕН — центральные сенсорные нарушения (инсульт, ЧМТ, опухоль); ВПС — верхний пищеводный сфинктер (ахалазия пищевода, дисфункция перстнеглоточной мышцы)

Как следует из данных, приведенных в табл. 2, одни и те же клинические проявления дисфагии могут возникать при различных механизмах нарушения акта глотания, обусловленных разными уровнями поражения двигательной системы. Так, например, нарушение подвижности языка, замедленность или дискоординация, могут выявляться при поражении на любом уровне — от пирамидных клеток первичной моторной коры до мышц самого языка.

Клиническая картина дисфагии включает затруднение при жевании, депонирование пищи за паретичной щекой, выпадение пищи изо рта во время еды, боль при глотании, невозможность проглотить пищу, ощущение застревания ее в горле или за грудиной, слюнотечение, дисфонию, срыгивание, поперхивание при проглатывании слюны, жидкости или жидкой пищи, кашель или покашливание до, во время или после глотания, изжогу, затрудненное дыхание.

Собственно оценка функции глотания включает в себя предварительный осмотр пациента неврологом, скрининговую оценку глотания медицинской сестрой, консультацию логопеда. Всем пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения, черепно-мозговой травмой, острыми инфекционными заболеваниями (менингитами, энцефалитами) в течение первых 3 часов пребывания в стационаре необходимо выполнить проверку функции глотания [4, 5].

Проверка функции глотания (выявление дисфагии)

Выполняется медицинской сестрой, при выявлении нарушений к проверке привлекается медицинский логопед. Такая проверка важна для обнаружения нарушений, которые могут привести к аспирации пищи, пневмонии или недоеданию. Исследование включает клиническую оценку и, при необходимости, инструментальные методы. Исследование проводят в течение первых 3 часов после поступления больного с инсультом в блок интенсивной терапии и реанимации, а также перед каждым кормлением. При выявлении дисфагии оповещается врач.

1. Подготовка к тестированию

- Убедитесь, что пациент располагается на функциональной кровати, находится в положении сидя или полусидя под углом 60—90°.
- Подготовьте средства индивидуальной защиты (перчатки, маску).
- Подготовьте необходимое оборудование: вода, чайная ложка, пульсоксиметр, загуститель еды и напитков для больных с дисфагией, салфетки.

2. Условия для проведения пробы

- Пациент в сознании или может быть разбужен.
- Пациент может свободно дышать.
- Пациент реагирует на обращение, способен выполнять действия по инструкции.
- Пациент может быть посажен.
- Пациент может сидя контролировать положение головы.
- Пациент может покашливать, если его попросить об этом.
- Пациент может контролировать слюну: вовремя ее проглатывать, не допускать истечение слюны изо рта.
- Пациент может облизать губы.
- Голос пациента не влажный и не хриплый.

Должны быть соблюдены **ВСЕ** предварительные условия, если возникает сомнение — следует проконсультироваться с врачом.

3. Тест с тремя глотками воды (трехглотковая проба)

Дайте пациенту 5 мл воды (чайную ложку). Попросите сделать один глоток.

Наблюдайте: не выявится ли задержка глотания (> 2 сек), признаки аспирации — кашель, изменение голоса (влажный, хриплый), удушье или одышка, необходимость сделать нескольких глотательных движений, снижение показателя SpO₂ на 3% и более. В таком случае проведение теста прекращается, а на кровать пациента прикрепляется табличка «**Ничего через рот**», о наличии дисфагии ставятся в известность врач и логопед.

Если нет проблем, повторите процедуру еще дважды.

В случае отсутствия нарушений дайте пациенту выпить $\frac{1}{2}$ стакана воды.

При правильном выполнении пробы пациенту назначается питание через рот, выбирается стол (диета). Необходимо наблюдать, как пациент справляется с приемом пищи. **КОРМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ ПОДЪЕМЕ ГОЛОВНОГО КОНЦА КРОВАТИ на 60—90°**

4. Если пациент не выполнил трехглотковую пробу

Необходимо, чтобы **медицинский логопед** провел оценку возможности кормления пациента продуктами различной консистенции (тест оценки глотания с продуктами различной плотности — Volum Viscositi Test (VVT). Для выполнения теста подготавливаются продукты различной консистенции путем добавления в воду загустителя в соответствии с инструкцией. Хотя загуститель содержит питательные вещества, он не может быть заменителем продуктов питания. Загуститель не меняет цвет и вкус продуктов. Полученная пациентом модифицированная жидкость учитывается как выпитая при подсчете водного баланса.

Предлагаемые консистенции:

- Немодифицированная жидкость (вода, сок, чай).
- Нектар (сироп) — стекает с ложки тонкой струйкой.
- Крем (густой кисель, мед, густая сметана) — медленно стекает с ложки широкой полоской.
- Пудинг — падает с ложки единым комком.

Проведение теста начинают с дачи пациенту чайной ложки жидкости консистенции «крем». В случае возникновения нарушений глотания переходят к жидкости консистенции «пудинг».

Если пациент проглотил «крем», то переходят к консистенции «нектар», в том случае, если пациент поперхивается такой жидкостью, возвращаются к консистенции «крем».

Загущенная жидкость безопасна при проглатывании, ее использование предупреждает аспирацию. Такая жидкость медленнее перемещается в ротовой полости и глотке, обеспечивает более длительное сокращение мышц глотки и открытие верхнего пищеводного сфинктера. Жидкость легко усваивается организмом больного, устраняет дегидратацию. Большинство пациентов с дисфагией справляются с проглатыванием жидкости консистенции «крем».

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.