

Опыт коррекции дисфагии в реабилитационной практике у пациентов в острейшем и остром периодах инсульта

Святская Е.Ф., Гиль И.Г., Ломако Е.С.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»,
г. Минск, Республика Беларусь

Нарушение глотания является одной из ключевых проблем при диффузных и очаговых поражениях головного мозга. По оценкам разных авторов, от 29 до 50 процентов выживших после острого инсульта страдают дисфагией. При этом летальность среди пациентов с постинсультной дисфагией и зондовым питанием варьирует от 20 до 24% [1, 2, 8].

Дисфагия крайне негативно влияет на качество жизни, приводит к тяжелым осложнениям со стороны дыхательной системы, становится причиной обезвоживания, нарушений энергетического обмена, мальнутриции и усугубления инвалидизации. Она значительно ухудшает прогноз и усложняет реабилитацию пациента. Кроме того, наличие дисфагии приводит к дезсоциализации пациентов, снижению активности и участия в повседневной жизни, что делает проблему крайне актуальной и требующей её решений. Данные свидетельствуют о том, что выявление и лечение дисфагии у пациентов после острого инсульта улучшает такие результаты, как снижение риска пневмонии, продолжительности пребывания в больнице и общих расходов на здравоохранение [9].

Дисфагия – это ощущение препятствия для нормального прохождения проглоченного материала. Застывание пищи – это особый симптом, который может периодически возникать у этих пациентов [6].

Выделяют орофарингальную дисфагию, при которой страдает транспорт пищи из ротовой полости в пищевод (неврологическая, нейрогенная дисфагия) и эзофагальную (не неврологическая дисфагия), при которой нарушается проталкивание пищи из пищевода в желудок [2].

У пациентов с острым инсультом развивается орофарингеальная дисфагия, обусловленная нарушением работы глотательного центра в продолговатом мозге, а у пациентов, находящихся на искусственной вентиляции лёгких или с установленным назогастральным зондом может развиваться и постинтубационная дисфагия или дисфагия бездействия, что тормозит восстановление функционирования пациента.

Цель исследования. Повысить эффективность медицинской реабилитации пациентов в острейшем и остром периодах инсульта с синдромом дисфагии.

Материал и методы исследования. Обследовано 27 пациентов неврологического отделения №3 для больных с острым нарушением мозгового кровообращения учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска в острейшем и остром периодах инсульта с синдромом дисфагии.

В отдельную группу выделены пациенты (8 человек) в сопоре и состоянии минимального сознания, которым проводилась чрескожная эндоскопическая гастростомия. Группу контроля составили пациенты (8 человек) с назогастральным зондом. Группы были сопоставимы по клиническим характеристикам и возрасту.

Средний возраст пациентов составил: $58,2 \pm 8,9$ года. Длительность наблюдения – 21 день.

Обследование на наличие дисфагии проводилось не позднее 3 часов от момента поступления в неврологическое отделение при возможности контакта с пациентом и состояло из клинических методов обследования и стандартизированного скринингового тестирования функции глотания.

Прикроватное клиническое исследование акта глотания включало: сбор жалоб и анамнеза с обязательным уточнением информации о консистенции пищи, приводящей к дисфагии, условий ее возникновения; осмотр области шеи, ротовой полости, ротоглотки, гортани, исследование полости рта, зубов и десен, наличия зубных протезов; осмотр мягкого неба в покое; осмотр мягкого неба во время фонации; определение небного и глоточного рефлексов [8].

Скрининговое тестирование функции глотания состояло из трёхглотковой пробы [3, 5] и глотательного теста «на время».

Пациентам в сопоре или в состоянии минимального сознания устанавливался назогастральный зонд. В то же время, при наличии глотательных движений и потенциала восстановления глотания производилась чрескожная эндоскопическая гастростомия на 3-4 сутки от начала заболевания с целью не упустить терапевтическое реабилитационное окно и избежать осложнений от назогастрального зонда в виде трофических нарушений в пищеводе и желудке, связанных с длительным расположением зондовых трубок [7].

Степень независимости в повседневной жизни оценивалось по шкале Бартель.

Реабилитационная помощь оказывалась мультидисциплинарной реабилитационной бригадой, в состав которой входили: невролог, реаниматолог, реабилитолог, логопед, эрготерапевт и психолог.

Статистический анализ полученных результатов исследования проводился на персональном компьютере в среде операционной системы Windows 10 с использованием программы Statistica 10.0 (StatSoftInc., США). Результаты считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. В результате клинического исследования и скринингового тестирования лёгкая дисфагия, которая проявлялась

попёрхиванием и кашлем при выполнении глотательного теста «на время» выявлена у 10 (37%) человек. Умеренное нарушение глотания, проявлявшееся попёрхиванием, кашлем, гиперсаливацией на 3-м глотке трёхглотковой пробы имело место у 9 (33,3%) пациентов, у 8 обследованных (29,7%) дисфагия была выраженной (присутствовали лишь глотательные движения, либо пациенты находились в состоянии сопора или минимального сознания).

В зависимости от степени выраженности дисфагии выбиралась тактика питания. При лёгкой дисфагии диета состояла из натуральных продуктов с усилением консистенции жидкостей до сиропа.

При умеренной дисфагии еда подбиралась однородной текстуры до консистенции крем/пудинг. При этом, индивидуально определялась энергопотребность пациента. При наличии белково-энергетической недостаточности к диете добавляли дополнительное пероральное питание гиперкалорической полисубстратной смесью.

При выраженной, либо тотальной дисфагии устанавливался назогастральный зонд и налаживалось парентеральное питание (если появлялась белково-энергетическая недостаточность по результатам динамики массы тела, концентрации общего белка и альбумина в сыворотке крови). Контроль питания проводился 1 раз в 3-5 сут. При появлении глотательных движений добавлялось кормление через рот продуктами консистенции «пудинг». Параллельно пациента поили водой через зонд из расчёта 30-40 мл/кг 5-7 раз в сутки.

Пациентам с выраженной дисфагией, при наличии потенциала улучшения функции глотания производилась чрескожная эндоскопическая гастростомия и кормление осуществлялось как через гастростому, так и per os твёрдой пищей, если позволяло состояние пациента.

Помимо модификации консистенции пищи и нутритивной поддержки пациентам выполнялась стимуляция чувствительности слизистых оболочек полости рта путём температурной и вкусовой стимуляции, логопедический массаж, пассивная / пассивно-активная / активная артикуляционная гимнастика, стимуляция и восстановление глоточного рефлекса, использование постуральных методик, восстановление дыхания [1, 2, 4].

Из физиотерапевтических манипуляций проводилась электростимуляция наружных мышц глотки, а при наличии противопоказаний – магнитостимуляция.

В результате проведённых вмешательств все пациенты с лёгкими нарушениями глотания на $5 \pm 1,2$ дня от начала инсульта перешли на обычное питание и питьевой режим, не требовалось использование загустителя.

Среди пациентов с умеренной дисфагией у 3 человек за период наблюдения (21 день) глотание восстановилось полностью, они перешли на натуральное питание. У остальных 6 обследованных сохранялись признаки лёгкой дисфагии и в их рационе присутствовали продукты всех 4-х

консистенций, от густых до консистенции крем/пудинг, нектар/сироп и жидких продуктов.

Между пациентами с гастростомой и эндонозальным зондом отмечены достоверные ($p < 0,05$) различия во времени появления глотательного рефлекса, восстановления глотательной функции в дальнейшем. Так у пациентов с гастростомой, ввиду отсутствия механического препятствия дыханию и прохождению болюса по пищеводному пути улучшение функции глотания наступало на $7,8 \pm 1,2$ дня быстрее, появлялся глотательный рефлекс, откашливание, проглатывание слюны, глоточный рефлекс.

По шкале независимости в повседневной жизни Бартель средний балл при поступлении оценивался как $47,5 \pm 10,7$, что характеризует выраженную зависимость от постороннего ухода, а спустя 21 день средний балл уже составлял $61,2 \pm 11,4$ – умеренная зависимость от постороннего ухода.

С позиций Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья улучшение достигнуто по таким доменам раздела «самообслуживание», как уход за полостью рта, приём пищи и питьё. Помимо этого, улучшилась такая активность, как общение, в частности речь. Именно этим активностям принадлежит пальма первенства в социализации пациентов, налаживании коммуникативных связей и повышению качества жизни.

В данной статье представлены предварительные результаты исследования. Набор материала продолжается и в перспективе будут опубликованы результаты, основанные на репрезентативной выборке.

Выводы. Нарушение глотания у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения представляет собой угрожающий жизни синдром, приводящий к нутритивной недостаточности и риску аспирации. Мультидисциплинарный подход с участием неврологов, реаниматологов, реабилитологов, логопедов, эрготерапевтов и физических терапевтов, а в ряде случаев и психологов позволяет повысить эффективность восстановления дисфагии у пациентов с инсультом. Своевременная диагностика степени нарушения глотания позволяет предупредить развитие осложнений и подобрать индивидуальную программу реабилитации. Скрининг на дисфагию должен быть проведен как можно раньше после госпитализации пациента, до начала перорального приема препаратов, жидкости или пищи, но не позже 24 часов с момента поступления в стационар. У пациентов с выраженной дисфагией, находящихся в критическом состоянии, целесообразно своевременное проведение чрескожной эндоскопической гастростомы на 3-4 сутки от начала заболевания, чтоб не упустить терапевтическое реабилитационное окно и избежать осложнений от назогастрального зонда в виде трофических нарушений в пищеводе и желудке, связанных с длительным расположением зондовых трубок и формирования дисфагии бездействия. Одним из наиболее эффективных способов лечения дисфагии является моделирование консистенции питания при помощи специальных

смесей с разной вязкостью. Для восстановления глотания применяют компенсаторные приемы и тренировку мышц, участвующих в глотании.

Литература

1. Диагностика и лечение дисфагии при заболеваниях центральной нервной системы: клинические рекомендации национальной ассоциации по борьбе с инсультом, всероссийского общества неврологов, ассоциация нейрохирургов России, МОО Объединение нейроанестезиологов и нейрореаниматологов, общероссийской общественной организация содействия развитию медицинской реабилитологии «Союз реабилитологов России», М., 2014.
2. Дисфагия. Глобальные практические рекомендации и каскады: практические рекомендации Всемирной Гастроэнтерологической Организации // Всемирной Гастроэнтерологической Организации [Электронный ресурс]. – 2014. – Режим доступа: <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-russian-2014.pdf>. – Дата доступа: 14.07.2024.
3. Петриков С.С., Солодов А.А. Диагностика и лечение нейрогенной дисфагии у больных с острым нарушением мозгового кровообращения / С.С. Петриков, А.А. Солодов // Неврология и Ревматология. – 2018. – №1. – Р. 21-27.
4. Сикорская, И.С. Эрготерапия в реабилитации нарушений глотания при мозговом инсульте: учеб.-метод. пособие / И.С. Сикорская, Е.А. Бондарева, Т.Ю. Лапицкая. – Минск: БелМАПО, 2020. – 24 с.
5. Сорокин, Ю.Н. Нарушение глотания при инсультах. Методы исследования глотательной функции / Ю.Н. Сорокин // Медицина неотложных состояний. – 2015. – №3(66). – С. 139-143.
6. Ginsberg, GG. Food bolus impaction / GG. Ginsberg // Gastroenterol Hepatol. – 2007. – №3. – Р. 85-6.
7. (2002). Rehabilitation of swallowing by exercise in tube-fed patients with pharyngeal dysphagia secondary to abnormal UES opening. / R. Shaker [et al] // Gastroenterology / – 2002. – №122(5). – Р. 1314-1321.
8. What influences outcome of stroke - pyrexia or dysphagia? / J.C. Sharma [et al] // Int.J.Clin Pract. 2001. – №55(1). – Р. 17-20.
9. (1996). Complications and outcome after acute stroke. Does dysphagia matter? / D.G. Smithard [et al] // The National Center for Biotechnology Information advances science and health by providing access to biomedical and genomic information. – 1996. – №27(7). – Р. 1200-1204.

Сенсорное переобучение верхней конечности после инсульта

Святская Е.Ф., Сикорская И.С., Емельянов Г.А., Жукова Т.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Инсульт является основной причиной инвалидности взрослых во всем мире [1]. Среди различных нарушений после инсульта распространены сенсорные расстройства верхней конечности (далее – ВК), что приводит к снижению контроля движения. Традиционно, основное внимание в

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Государственное учреждение
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ»

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Сборник научных статей

Основан в 1999 году

Выпуск 27

Под общей редакцией заслуженного деятеля науки Республики Беларусь,
доктора медицинских наук, профессора В. Б. Смычка

Минск
«Колорград»
2025