

УДК 616.831-005:616.321-008.17

Т.Е. Каирбекова, А.Р. Темирова, М.Б. Мартазанов
ГКП на ПХВ «Многопрофильная областная больница» г.Кокшетау, Казахстан

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ ГЛОТАНИЯ ПО МАТЕРИАЛАМ РАБОТЫ АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ Г.КОКШЕТАУ.

Резюме: Дисфагия крайне негативно влияет на качество жизни, приводит к тяжелым осложнениям со стороны дыхательной системы, становится причиной обезвоживания, нарушений энергетического обмена, кахексии и усугубления инвалидизации, что значительно ухудшает прогноз и усложняет реабилитацию больного. В связи с чем создание комплексной методики реабилитации больных с различными формами нарушения глотания является решением крайне актуальной и важной задачи, позволяющим существенно облегчить страдания пациентов и повысить качество оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: дисфагия, инсульт, реабилитация.

Введение

Акт глотания – это естественный процесс, который, как и дыхание, повторяется периодически, как в состоянии бодрствования, так во сне, в основном произвольно.

В среднем человек глотает 600 раз в сутки (200 раз во время еды, 50 раз во время сна, 350 раз в остальное время), преимущественно бессознательно. Наличие жидкой или твердой пищи в ротовой полости очень важно для процесса глотания, поскольку трудно глотать при совершенно пустой ротовой полости. Обычная частота глотания составляет 5–6 раз в минуту во время отдыха, но при концентрации внимания или эмоциональном возбуждении частота уменьшается. Так как ротоглотка участвует, как в дыхании, так и в глотании, существуют рефлексы, задерживающие дыхание в период глотания. В связи с этим, а также высокой частотой дисфагии и аспирации, как осложнения неврологических заболеваний, крайне важны механизмы, обеспечивающие глотание.

Нарушения глотания (дисфагия) являются одним из признаков множества заболеваний, одной из ключевых проблем при диффузных и очаговых поражениях мозга.

Существует 4 вида дисфагии, это:

«**Органическая**» («механическая») дисфагия возникает при заболеваниях ротовой полости, глотки и пищевода или при сдавлении пищевода аномальными или патологическими образованиями.

«**Нейрогенная**» («двигательная») дисфагия наблюдается при поражении нервной системы и мышц, участвующих в глотании.

При «**психогенной**» дисфагии не наблюдаются никаких реальных изменений в процессе глотания, но по субъективным ощущениям пациента акту глотания мешает комок, застрявший в горле (фагофобия).

«**Ятрогенная**» дисфагия диагностируется после хирургических вмешательств или как побочный эффект лечения.

Нейрогенная дисфагия возникает при нарушении функции первого и/или второго мотонейронов, базальных ганглиев, нервно-мышечных синапсов и самого мышечного аппарата. В неврологической практике такие нарушения встречаются, в основном, у больных, перенесших мозговую инсульт или черепно-мозговую травму. Причиной могут служить локальные повреждения ствола мозга, в особенности бульбарных его отделов, а также диффузные и многоочаговые поражения, затрагивающие кору, подкорковые образования и ствол мозга.

По данным Европейской Организации Инсульта нейрогенная дисфагия развивается не только при поражении бульбарного отдела ствола или двустороннем поражении супрануклеарных структур головного мозга, но и у больных с полусферным ишемическим инсультом.

Нейрогенная дисфагия встречается у 25-65% больных с инсультом, при этом летальность среди пациентов с постинсультной дисфагией и зондо-



вым питанием варьирует от 20 до 24%. Нарушения глотания развиваются в 15-17% случаев после удаления опухолей задней черепной ямки и является одним из грозных после операционных осложнений.

Для более глубокого понимания проблемы постинсультной дисфагии необходимо напомнить физиологические основы акта глотания

В настоящее время выделяют четыре фазы: ротовая, глоточная, ротоглоточная и пищеводная.

В остром периоде мозгового инсульта нарушение глотания чаще возникает в оральной и глоточной фазах, что определяет развитие нейрогенной ротоглоточной дисфагии. Следует отметить, что наличие глоточного рефлекса у постинсультных больных не означает отсутствия дисфагии.

Характерные симптомы нейрогенной дисфагии

- трудности в проглатывании жидкости;
- слюнотечение или частое сплёвывание слюны;
- ощущение «прилипания» пищи в горле и/или глотке;
- удушье и кашель при приеме пищи и жидкости, проглатывании слюны;
- ослабление (или отсутствие) произвольного или непроизвольного кашля;
- «влажный» или «булькающий» голос;
- носовая регургитация;
- необходимость повторных глотков, чтобы освободить глотку;
- рецидивирующие бронхолегочные инфекции;
- потеря веса, изменение трофического статуса.
-

Задачи обследования пациента с нарушением глотания:

- определение этиологии и механизма нейрогенной дисфагии
- определение индивидуальной стратегии питания больного (через рот или необходимость заместительной терапии)
- профилактика возможных осложнений нарушенного глотания
- разработка программы лечебно-реабилитационных мероприятий.

В остром периоде инсульта почти все пациенты поступают с подозрением на дисфагию. Соответственно алгоритм обследования будет зависеть от тяжести общего состояния пациента и возможности осуществления контакта с ним.

Разрабатывается план обследования больного с нарушением глотания по разработанным стандартизированным скрининговым шкалам, позволяющим определить способ безопасного кормления и предупреждения осложнений.

Клиническое обследование:

1. тщательный осмотр области шеи, ротовой полости, ротоглотки, гортани, исследование полости рта, зубов и десен, пальпация регионарных лимфоузлов, что важно для уточнения многих причин дисфагии, включая злокачественные опухоли
2. оценка чувствительности слизистой гортаноглотки прикосновением бронхоскопа (шпателя) к слизистой оболочке гортани, глотки, надгортанника. Сохранность чувствительности и степень её нарушения определяется двигательной реакцией мышц ротоглотки:
 - живое сокращение мышц, смыкание голосовых складок, движение надгортанника в полном объеме - реакция сохранена;
 - вялая, ослабленная реакция-реакция частично сохранена;
 - реакция отсутствует
 - исследование глоточного рефлекса, при этом следует иметь в виду, что наличие глоточного рефлекса не исключает диагноз дисфагии (например, при псевдобульбарном синдроме); снижение или даже отсутствие глоточного рефлекса отмечается у курящих, не имеющих проблем с глотанием
 - оценка функции глотания является неотъемлемой и обязательной частью неврологического осмотра и производится по разработанной стандартизированной скрининговой шкале.

ОСЛОЖНЕНИЯ ДИСФАГИИ

Следует учитывать, что дисфагия или недостаточность питания всегда ассоциируется с высоким риском медицинских осложнений, являясь предиктором плохого функционального восстановления и увеличивая риск внезапной смерти.

Осложнениями дисфагии являются: мальнутриция, дегидратация, снижение веса, обструкция дыхательных путей, аспирационная пневмония.

Аспирация является одним из самых тяжелых осложнений дисфагии, приводящей к обструкции дыхательных путей, аспирационной пневмонии.

ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ДИСФАГИЕЙ

Лечение дисфагии проводится в комплексе с основным заболеванием, послужившим причиной ее развития.

Реабилитация показана для всех пациентов с дисфагиями при заболеваниях ЦНС. Пациенты нуждаются в наблюдении и проведении лечебно-реабилитационных мероприятий мультидисциплинарной командой, включающей: нутритивную поддержку, физические тренировки и физиотерапию, логопедическую коррекцию, терапию боли, психологическую коррекцию.

До скринингового тестирования больному не предлагается **НИЧЕГО** перорально. При возникновении подозрений на наличие дисфагии показан осмотр логопедом. Если логопед считает невозможным пероральное питание, над постелью больного вывешивается табличка «**НИЧЕГО через рот**», а в дальнейшем вывешиваются рекомендации по кормлению.

Прием пероральных форм лекарств больной должен осуществлять в присутствии и, если необходимо, с помощью медперсонала, запивая их небольшими глотками воды в положениях полусидя или лежа на боку **с приподнятым подбородком**, при которых аспирация менее вероятна. Отклонение головы назад может быть использовано, как компенсаторный метод при негрубых нарушениях оральной фазы глотания для эффективной очистки ротовой полости при сохранной фарингеальной фазе. При наличии даже негрубого нарушения фарингеальной фазы следует, наоборот, опускать подбородок вниз, **что толкает корень языка назад и улучшает защитное положение надгортанника. Это же движение компенсирует замедление инициации фарингеально-го глотка, поскольку суживает вход в гортань и предотвращает вхождение болюса в дыхательные пути.**

В случае применения назогастрального питания следует помнить о том, что длительное назогастральное питание грозит такими осложнениями как назофарингит, эзофагит, стриктура пищевода, носоглоточный отек.

- хирургическую коррекцию (по показаниям), направленную на создание альтернативных путей кормления пациента
- психологическую коррекцию
- бытовую коррекцию, направленную на коррекцию или создание условий, облегчающих прием пищи пациентом самостоятельно в ус-

ловиях сниженной или нарушенной функции. Различная техника обучения и переобучения глотанию разрабатывается для того, чтобы облегчить его нарушенный процесс. Она включает укрепляющие упражнения, стимуляцию биологической обратной связи, температурную и вкусовую стимуляцию.

Работа с больным осуществляется членами мультидисциплинарной бригады (МДБ), обученными методам оказания специальных пособий при дисфагии, совместно родственниками пациентов. Здесь необходимо подчеркнуть, что, хотя в основном пациентов с дисфагией ведут логопеды, но в этом им должны помогать и другие члены МДБ: врач по ЛФК и врач по ФЗТ, которые своими действиями могут значительно ускорить регресс нарушения глотания.

В восстановительные мероприятия при дисфагии входит:

1. Медикаментозное лечение.
2. Логопедический массаж.
3. Активная артикуляционная гимнастика и гимнастика с сопротивлением.
4. Глотательные маневры (маневры глотка) предназначены для перевода специфических аспектов физиологии глотка под произвольный контроль.
5. Терапия глотанием.
6. Обработка полости рта.

НЕДОПУСТИМЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПРИ ДИСФАГИИ

При дисфагии запрещается:

1. Давать перорально таблетки до проведения скринингового тестирования.
2. Пациентам с нейрогенной дисфагией не следует назначать медикаменты, которые снижают уровень сознания и угнетают функцию глотания: (седативных средств (особенно бензодиазепинового ряда), дофаминергических, антихолинергических препаратов)
3. Кормить больного лежа в горизонтальном положении (угол от 45%)
4. Кормить быстро
5. Давать пить воду
6. Пить через трубочку
7. Запивать водой твердую пищу
8. Запрещать выплевывать скопившуюся слюну (говорить: «Глотай»)



9. Пользоваться неудобной посудой (слишком большой, маленькой, скользкой, хрупкой)
10. Кормить в неудобной позе сидя (нужна опора спины, под ноги - скамеечка, под паретичную конечность - подушка или – поддержка-косынка)
11. Сразу после еды принимать горизонтальное положение (только через 30-40 мин)
12. Есть слишком горячую или слишком холодную пищу (помнить о нарушенной чувствительности языка, щек, глотки)
13. Кормить только детским гомогенным питанием, нужен подбор диеты с учетом калорийности для взрослого человека.
14. Забывать о количестве жидкости (2 литра в сутки)
15. Забывать о гигиене полости рта после каждого кормления.
16. Забывать проводить тестирование глотания в динамике с целью изменения диеты (ежедневно во время занятия) и отражать в листке назначения, вывешенном над постелью больного.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Иванова М.В., к. психол.н., психолог; Ларина О.Д., логопед; Норвилл С.Н., логопед; Царева И.В., логопед Логопедическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушением речи, голоса и глотания в остром периоде. г.Москва 2016г.
2. М.В.Сайхунов, Т.В.Дёмин, И.И.Табиев, Р.Р.Саттаров. Актуальные вопросы реабилитации пациентов с нарушением глотания в различные периоды ОНМК.
3. Кноль Е.А., Бельская Н.Н. «Возможности диагностики нейрогенной дисфагии», журнал Неврологи и нейрохирургия в Беларуси» №4. 2009г.
4. Буракова З. Ф; Зычкова О.Б; Сорокоумов В А. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных, методическое пособие. г.Санкт-Петербург 2003г.

*Т.Е. Каирбекова, А.Р. Темирова, М.Б. Мартазанов
ШЖҚ МҚК «Көпсалалы аймақтық аурухана» Кокшетау қ., Қазақстан*

АКМОЛА ОБЛЫСЫ АУРУХАНАСЫНЫҢ КӨКШЕТАУ ҚАЛАСЫ ЖҰМЫСЫНЫҢ МАТЕРИАЛДАРЫ НЕГІЗІНДЕ ЖҰТУ БҰЗЫЛЫСЫ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ОҢАЛТУДЫҢ АҒЫМДЫ МӘСЕЛЕЛЕРІ.

Реферат: Дифагия өмір сүру сапасына теріс әсер етеді, тыныс алу жүйесінің ауыр асқынуларына алып келеді, дегидратацияға, энергия алмасуының бұзылуына, қахексияның бұзылуына және мүгедектіктің нашарлауына әкеледі, бұл болжамды айтарлықтай төмендетеді және науқасты оңалтуды қиындатады. Осыған байланысты, жұту ауруларының әртүрлі нысандары бар науқастарды оңалтудың кешенді әдістемесін құру пациенттердің қайғы-қасіретін айтарлықтай жеңілдетуге және медициналық көмектің сапасын жақсартуға мүмкіндік беретін аса өзекті және маңызды міндеттерді шешу болып табылады.

Түйінді сөздер: дисфагия, инсульт, оңалту.



T.E. Kairbekova, A.R. Temirova, M.B. Martazanov
Multidisciplinary Regional Hospital, Kokshetau city, Kazakhstan

CURRENT ISSUES OF PATIENTS REHABILITATION WITH SWALLOWING DISORDER ON THE MATERIALS OF THE AKMOLA REGION REGIONAL HOSPITAL ACTIVITIES OF KOKSHETAU CITY.

Summary: Dysphagia extremely negatively affects the quality of life, leads to severe complications of the respiratory system, causes dehydration, impaired energy metabolism, cachexia and worsening disability, which significantly worsens the prognosis and complicates the rehabilitation of the patient. In this connection, the creation of an integrated methodology for the rehabilitation of patients with various forms of swallowing disorders is the solution of an extremely urgent and important task, which makes it possible to significantly alleviate the suffering of patients and improve the quality of medical care.

Key words: dysphagia, stroke, rehabilitation.