

УДК 616.321-008.17:616.831-005]-052: 615.851.135
DOI: 10.34215/1609-1175-2023-4-47-51



Персонализированный подход в логопедической реабилитации пациентов с нейрогенной дисфагией

А.С. Фадеева, Ю.А. Кокорина, Е.Ю. Шестопалов, В.В. Томилова

Владивостокская клиническая больница №1, Владивосток, Россия

Цель: определить роль персонализированного подхода в реабилитации пациентов с нейрогенной дисфагией, перенесших ОНМК, в раннем восстановительном периоде. **Материалы и методы:** в исследование было включено 97 пациентов (53 мужчины и 44 женщины, средний возраст – 69,5 года) в раннем восстановительном периоде ОНМК, находящихся на втором этапе медицинской реабилитации. В программе логопедических методик при реабилитации применялись: растормаживание акта глотания, стимуляция чувствительности слизистых оболочек полости рта, восстановление дыхательной и речевой функций, подбор консистенции жидкой и твердой пищи для обеспечения безопасности глотания при кормлении, выбор способа кормления, облегчающего прием пищи пациентом и подбор объема разовой порции. **Результаты:** при составлении индивидуальной программы логопедической реабилитации учитывались степень выраженности нарушений глотания, первичный речевой дефект, контактность пациента, степень когнитивных нарушений, мотивация пациента к восстановлению. **Заключение:** использование логопедических методов должно быть в комплексе специализированной мультидисциплинарной помощи. Такая помощь должна быть персонализированной. Это позволяет значительно улучшить качество жизни пациента и снизить риск нежелательных осложнений.

Ключевые слова: реабилитация, острое нарушение мозгового кровообращения, логопедическая реабилитация, дисфагия

Поступила в редакцию: 29.08.23. Получена после доработки: 09.09.23, 18.09.23. Принята к публикации: 07.12.23

Для цитирования: Фадеева А.С., Кокорина Ю.А., Шестопалов Е.Ю., Томилова В.В. Персонализированный подход в логопедической реабилитации пациентов с нейрогенной дисфагией. *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2023;4:47–51. doi: 10.34215/1609-1175-2023-4-47-51

Для корреспонденции: Фадеева Анастасия Сергеевна – заведующая отделением второго этапа медицинской реабилитации для пациентов с нарушением функции центральной нервной системы Владивостокской клинической больницы № 1 (690078, г. Владивосток, ул. Садовая, 22); ORCID: 0000-0002-9772-1241; e-mail: fadnas79@mail.ru

Personalized approach to the logopedic rehabilitation of neurogenic dysphagia patients

A.S. Fadeeva, Yu.A. Kokorina, E.Yu. Shestopalov, V.V. Tomilova

Vladivostok Clinical Hospital No. 1, Vladivostok, Russia

Aim. To determine the role of personalized approaches in the rehabilitation of patients with neurogenic dysphagia after acute disorders of cerebral circulation (ADCC) in the early recovery period. **Materials and methods.** The study included 97 patients (53 men and 44 women with the mean age of 69.5) in the early recovery period after ADCC. All the patients were at the second stage of medical rehabilitation. The treatment program included the following methods of logopedic rehabilitation: disinhibition of the act of swallowing; stimulation of the sensitivity of the mucous membranes of the oral cavity; recovery of respiratory and speech functions; selection of the consistency of liquid and solid foods to ensure the safety of swallowing during feeding; selection of the feeding method and appropriate portions to facilitate the patient's eating. **Results.** When developing a personalized program of logopedic rehabilitation, the following aspects were considered: the severity of swallowing dysfunctions; the primary speech defect; patient compliance; the degree of cognitive dysfunctions; motivation for recovery. **Conclusion.** The application of logopedic rehabilitation methods in combination with specialized multidisciplinary care based on personalized approaches can significantly improve patients' quality of life and reduce the risk of undesired complications

Keywords: rehabilitation, acute cerebrovascular accident, speech therapy rehabilitation, dysphagia

Received 28 August 2023; Revised 9, 18 September 2023; Accepted 7 December 2023

For citation: Fadeeva A.S., Kokorina Yu.A., Shestopalov E.Yu., Tomilova V.V. Personalized approach to the logopedic rehabilitation of neurogenic dysphagia patients. *Pacific Medical Journal*. 2023;4:47–51. doi: 10.34215/1609-1175-2023-4-47-51

Corresponding author: Anastasia S. Fadeeva, Head of the Department of the Second Stage of Medical Rehabilitation for Patients with Central Nervous System Function Disorders, Vladivostok Clinical Hospital No. 1 (22 Sadovaya str., Vladivostok, 690078, Russia); ORCID: 0000-0002-9772-1241; e-mail: fadnas79@mail.ru

Нарушение глотания является наиболее частым и опасным последствием инсульта. По литературным данным, дисфагия встречается у 25–65% пациентов с острым нарушением кровообращения (ОНМК) [1, 2]. Дисфагия приводит к таким осложнениям, как кахексия, мальнотриция, дегидратация, обструкция дыхательных путей,

аспирационная пневмония. А это, в свою очередь, может привести к значительному снижению качества жизни и к летальному исходу. Летальность среди таких больных достигает 20–40% [3, 4, 5]. В связи с этим в последние годы пристальное внимание уделяется вопросам ранней диагностики и коррекции нарушения глотания. Ведь

благодаря раннему выявлению дисфагии и своевременному началу реабилитационных мероприятий можно не только снизить риск развития серьезных осложнений, а значит и снизить риск летального исхода, но и в целом значительно повысить качество жизни больного [6, 7, 8].

Не менее важной задачей медицинской реабилитации является вопрос совершенствования программ восстановления глотания у пациентов с ОНМК в раннем восстановительном периоде инсульта. В частности, проблема реализации персонифицированного подхода в реабилитации пациентов с нейрогенной дисфагией. На сегодня персонифицированная медицина является одной из основных позиций в стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года, разработанной Минздравом России. Такой подход в научных публикациях уже заявил о себе в системе комплексной речевой реабилитации, в реабилитации больных с дисфониями, а также глотания у лиц после хирургического вмешательства и инсульта [9, 10, 11]. Персонифицированный подход всегда имел большое значение, однако мы хотим сделать акцент на его практическом использовании в работе логопеда. Сместив фокус внимания с описания общих методов и приемов, на описание особенностей их применения, с учетом персональных особенностей личности.

Необходимость применения персонифицированного подхода в реализации восстановительного обучения обусловлена многообразием вариантов нарушения глотания в связи с различной локализацией и размером поражения при инсульте, а также наличием сопутствующих заболеваний, тяжести речевых нарушений, общим состоянием, преморбидным уровнем, особенностями личности, окружением больного [11, 12].

Вместе с тем все пациенты нуждаются в наблюдении и проведении реабилитационных мероприятий мультидисциплинарной командой, включающей: нутритивную поддержку, физические тренировки и физиотерапию, логопедическую коррекцию, психологическую коррекцию. Логопед как член междисциплинарной команды несет основную ответственность за выбор эффективной программы реабилитации дисфагии для этих пациентов. При работе с пациентами логопед адаптирует свое вмешательство к уникальным потребностям каждого человека.

Основной целью в работе с пациентами является минимизация риска аспирации, максимально безопасное пероральное питание и гидратация, а также восстановление лучшего качества жизни, которое, несомненно, ухудшается у пациентов с дисфагией.

Цель настоящего исследования: определить роль персонифицированного подхода в реабилитации пациентов с нейрогенной дисфагией, перенесших ОНМК в раннем восстановительном периоде.

Материалы и методы

В исследование было включено 97 пациентов (53 мужчины и 44 женщины, средний возраст –

69,5 года) в раннем восстановительном периоде ОНМК, находящихся на втором этапе медицинской реабилитации. С ишемическим инсультом – 77 пациентов с локализацией в зоне кровоснабжения левой и правой средних мозговых артерий (34 и 21 случай соответственно), в вертебробазилярном бассейне (15 случаев), мультифокальной локализацией (7 случаев). С геморрагическим инсультом – 20 пациентов с локализацией паренхиматозной гематомы слева и справа (13 и 7 случаев соответственно). Тяжесть неврологического дефицита определялась по NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale – шкала инсульта Национального института здоровья), полученное среднее значение (12,8 балла) соответствовало тяжелой степени. При поступлении на второй этап медицинской реабилитации пациенты осматривались специалистами мультидисциплинарной команды: реабилитологом, логопедом, клиническим психологом, инструктором-методистом, инструктором ЛФК. Формирование индивидуальной программы реабилитации основывалась на оценке реабилитационного статуса пациента, целей и задач реабилитации на данном этапе. Комплексное логопедическое обследование включало в себя: оценку глотания с использованием шкалы качественной и количественной оценки глотания MASA (Mann Assessment of Swallowing Ability), степень речевых нарушений по шкале оценки дизартрии КИМ и шкале оценки речи по Вассерману. Медико-логопедическая программа включала в себя стандартные методы реабилитации больных с нейрогенной дисфагией: растормаживание акта глотания, стимуляцию чувствительности слизистых оболочек полости рта, восстановление дыхательной и речевой функций, подбор консистенции жидкой и твердой пищи для обеспечения безопасности глотания при кормлении, выбор способа кормления, облегчающего прием пищи пациентом и подбор объема разовой порции, а также тренировочные упражнения для активизации и укрепления мышц, участвующих в процессе глотания.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью компьютерной программы Microsoft Excel 2010, данные предоставлены в абсолютных и относительных величинах, средние величины в виде средней арифметической и ее средней ошибки ($M \pm m$). Для оценки статистической значимости различий использовали t -критерий Стьюдента. Различия между парными показателями считали достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования

При составлении индивидуальной программы логопедической реабилитации учитывались: степень выраженности нарушений глотания, первичный речевой дефект, контактность пациента, степень когнитивных нарушений, мотивация пациента к восстановлению. Именно это определяло выбор конкретных методов восстановления глотания, их сочетание друг с другом, интенсивность и последовательность использования,

Таблица 1

Клиническая характеристика групп наблюдения

Группа	n	Возраст ($M \pm m$), лет	Пол (кол-во, абс.)		Бассейн поражения ¹ (кол-во, абс.)						Оценка по шкалам ² ($M \pm m$), баллы	
			жен.	муж.	ИИ ЛСМА	ИИ ПСМА	ИИ МФ	ИИ ВББ	ГИ слева	ГИ справа	NIHSS	MASA
Первая	47	71,91 $\pm$ 1,5	28	19	19	9	3	4	11	1	15,7 $\pm$ 0,6	112,32 $\pm$ 5,8
Вторая	50	67,24 $\pm$ 1,8	25	25	15	12	4	11	2	6	10,4 $\pm$ 0,5	157,46 $\pm$ 2,3
	p	> 0,05									> 0,05	> 0,05

Примечание: ¹ – ИИ ЛСМА – ишемический инсульт в бассейне левой среднелобной артерии, ИИ ПСМА – ишемический инсульт в бассейне левой среднелобной артерии, ИИ МФ – мультифокальный ишемический инсульт, ИИ ВББ – ишемический инсульт в вертебробазилярном бассейне, ГИ слева – геморрагический инсульт с локализацией паренхиматозной гематомы слева, ГИ справа – геморрагический инсульт с локализацией паренхиматозной гематомы справа; ² – NIHSS – National Institutes of Health Stroke Scale, MASA – Mann Assessment of Swallowing Ability.

Таблица 2

Тяжесть дисфагии у пациентов обеих групп

Степень выраженности дисфагии	1-я группа		2-я группа	
	поступление	выписка	поступление	выписка
Очень тяжелая	7	1	1	0
Тяжелая	18	17	1	1
Умеренно тяжелая	3	4	4	2
Умеренная	12	9	15	2
Умеренно легкая	2	7	6	6
Легкая	5	6	22	23
Норма	0	3	0	16

в каждом конкретном случае. В процессе логопедической работы по восстановлению функции глотания, с учетом персонифицированного подхода, пациентов условно разделили на две группы: 1-я группа – пациенты не контактные, не сотрудничающие, с грубыми речевыми нарушениями по типу сочетанной афазии – 47 человек, 2-я группа – пациенты, вступающие в контакт со специалистами, имеющие речевые нарушения в виде дизартрии разной степени выраженности или изолированную моторную афазию – 50 человек (табл. 1).

Тяжесть выраженности дисфагии у пациентов в обеих группах определялась от очень тяжелой до легкой (табл. 2). В первой группе при поступлении 34 больных получали энтеральное питание через назогастральный зонд; комбинированный тип питания (через зонд и рот) использовался у 4 человек, перетертый стол с загущением воды разной консистенции – у 9 пациентов. Во второй группе энтеральное зондовое питание 16 больных, комбинированный тип питания и перетертый стол с загущением воды – 4 и 30 человек соответственно.

В первой группе всем пациентам для коррекции дисфагии в 100% проводился логопедический массаж и мультисенсорная стимуляция (вкусовая, тактильная, температурная), 55,3% – тренировочные кормления, в 36,2% – применение диеты, обучение правилам безопасного глотания использовались у 21,3% пациентов, небно-глоточная гимнастика, механическое открывание-закрывание рта и артикуляционная гимнастика применялись в 19, 14,9, 10,6% соответственно (рис. 1).

Во второй группе применялись следующие логопедические методики: небно-глоточная гимнастика в 70% случаев, модификация диеты – 68%, артикуляционная гимнастика – 64%, обучение правилам безопасного глотания – 58%, логопедический массаж – 50%, тренировочное кормление – 44%, мимическая гимнастика – 20%, вкусовая и тактильная стимуляция – 18%, пассивная артикуляционная гимнастика – 14% и механическое открывание-закрывание рта – в 10% (рис. 2).

На момент выписки в обеих группах отмечалась положительная динамика по восстановлению функции

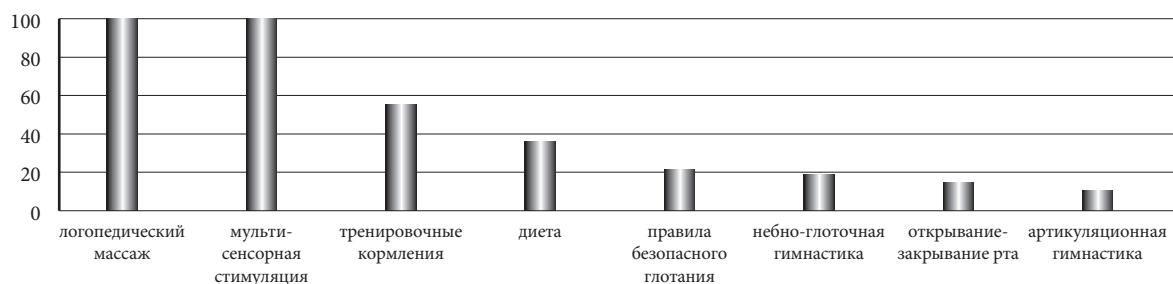


Рис. 1. Логопедические технологии в 1-й группе.

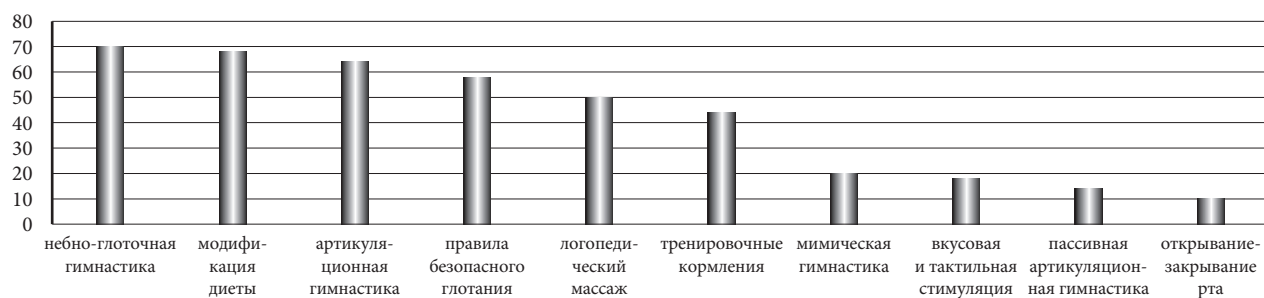


Рис. 2. Логопедические технологии во 2-й группе.

глотания и тяжести дисфагии (табл. 2). Энтеральное зондовое питание с возможностью тренировочного кормления в первой группе осталось у 25 человек, на общий стол переведены 5 пациентов, комбинированное питание и перетертый стол с загущением воды – 3 и 14 пациентов соответственно. Во второй группе общий стол – у 22 больных, 5 из них – загущение воды до консистенции сиропа, перетертый стол с загущением воды получали 17 человек, 6 пациентам рекомендовано продолжить питание через зонд с тренировочными кормлениями.

Обсуждение полученных данных

Как мы видим, реабилитационные мероприятия, проводимые логопедом в 1-й группе, в значительной степени относились к пассивным методикам, где пациент проявлял наименьшую активность в силу выраженности неврологических нарушений, недостаточности контакта и низкой мотивации к проведению реабилитации. При этом активность пациента со временем увеличивалась ввиду установления невербального контакта и влияния положительных эмоций при вкусовой стимуляции, тренировочного кормления. Особая роль у пациентов первой группы отводилась индивидуальному подбору наиболее приятных и любимых вкусов пациента. Для этого в беседе с родственниками уточнялась информация о любимых блюдах больного, напитках, пищевых предпочтениях. Благодаря этой информации логопед выбирал жидкости и продукты для проведения вкусовой стимуляции, а далее для тренировочного кормления. Занятия были менее продолжительными по времени, чем во 2-й группе, но проводимые с большей регулярностью до 4–5 раз в день.

Во 2-й группе изначально использовались активные методы реабилитации, предложенные логопедом. Лишь в некоторых случаях дополнительно использовались пассивные логопедические мероприятия. Такая необходимость возникала при выраженной степени дисфагии у пациентов и при быстрой истощаемости во время медико-логопедических процедур. Занятия в данной группе пациентов были более продолжительными, до 30 минут, но с меньшей периодичностью – 1–2 раза в день. Также больные из 2-й группы, в большинстве случаев, занимались самостоятельно по рекомендации логопеда.

С целью повышения результата по коррекции нейрогенной дисфагии и профилактики осложнений в комплексной программе реабилитации пациентов обеих групп помимо логопедических методов большую значимость имело вовлечение в работу всех специалистов мультидисциплинарной команды (МДРК). Работа с медицинским психологом в первой группе была направлена на ускорение восстановления психических процессов, побуждение к целенаправленной деятельности. Во второй группе в большинстве случаев проводилась работа, направленная на стабилизацию эмоционального фона и восстановление когнитивных функций.

В реабилитации с пациентами первой группы, в отличие от второй, требовалось более активное привлечение специалистов по физической терапии. С целью увеличения толерантности к нагрузкам проводилась вертикализация пациентов, правильное позиционирование при приеме пищи, а также проведение упражнений с пациентами из 2-й группы на укрепление мышц шеи.

Полученные результаты исследования указывают на значимость персонифицированного комплексного подхода в логопедической реабилитации пациентов с нейрогенной дисфагией и находят свое подтверждение в работах других авторов [2, 9, 10, 11].

Выводы

1. Пациенты с одинаковой тяжестью нарушения функции глотания после перенесенного ОНМК могут получать разные медико-логопедические процедуры в зависимости от уровня сознания, контактности, сотрудничества, критики к своему состоянию, мотивации к восстановлению, участия родственников и близкого окружения.

2. По мере применения пассивных реабилитационных методик у пациентов с нейрогенной дисфагией увеличивается интерес пациентов к занятиям, устанавливается эмоциональный контакт, пациент проявляет большую активность и участие. Постепенно количество активных методик растет, а пассивных – уменьшается.

3. Персонифицированный подход в логопедической реабилитации пациентов с нейрогенной дисфагией, перенесших ОНМК, в комплексе специализированной мультидисциплинарной помощи позволяет значительно улучшить качество жизни пациента и снизить риск нежелательных осложнений.

Конфликт интересов: авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источники финансирования: авторы заявляют о финансировании проведенного исследования из собственных средств.

Участие авторов:

Концепция и дизайн исследования – ШЕЮ, КЮА, ФАС

Сбор и обработка материала – КЮА, ТВВ, ФАС

Статистическая обработка – ФАС, КЮА

Написание текста – КЮА, ФАС

Редактирование – ШЕЮ

Литература / References

1. Громова Д.О., Захаров В.В. Нарушение глотания при инсультах. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2015;7(4):50–6. [Gromova DO, Zakharov VV. Dysphagia after stroke. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2015;7(4):50–6 (In Russ.)]. doi: 10.14412/2074-2711-2015-4-50-56
2. Ершов В.И., Здвизжкова С.В., Гончар-Зайкин А.П., Лозинская Т.Ю., Кузнецов Г.Э., Бородин И.Н., Силкин В.В. Эффективность лечения нарушенной функции глотания у пациентов с ишемическим инсультом и нейрогенной дисфагией в рамках отделения реанимации и интенсивной терапии. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2019;119(7):35–40. [Ershov VI, Zdvizhkova SV, Gonchar-Zaikin AP, Lozinskaya TYu, Kuznetsov GE, Borodkin IN, Silkin VV. The treatment efficacy of disturbed swallowing function in patients with ischemic stroke and neurogenous dysphagia in the intensive care unit. *Zhurnal Nevrologii I Psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2019;119(7):35–40 (In Russ.)]. doi: 10.17116/jnevro201911907135
3. Белкин А.А., Ершов В.И. Нарушение глотания при неотложных состояниях – постэкстубационная дисфагия. *Анестезиология и реаниматология*. 2018;4:76–82. [Belkin AA, Ershov VI, Ivanova GE. Impairment of swallowing in urgent conditions – postextubation dysphagia. *Anesthesiology and Resuscitation*. 2018;4:76–82 (In Russ.)]. doi: 10.17116/anaesthesiology201804176
4. Пирадов М.А., Иллариошкин С.Н., Танащян М.М. Неврология XXI века: диагностические, лечебные и исследовательские технологии. Руководство для врачей. М.: АТМО, 2015. – 487 с. (340–345). [Piradov MA, Illarioskius SN, Tanashyan MM. Neurology in 21st century: Diagnostic, treatment and research technologies. Guidelines for physicians. Moscow: ATMO; 2015. – 487 p. (340–345) (In Russ.)].
5. Реабилитация в интенсивной терапии. РеабИТ – СПб., 2023. – 124 с. (стр. 70). [Rehabilitation in intensive care unit. ReabICU – St. Petersburg, 2023. – 124 p. (p. 70) (In Russ.)].
6. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke*. 2005 Dec;36(12):2756–63. doi: 10.1161/01.STR.0000190056.76543.eb. Epub 2005 Nov 3. PMID: 16269630.
7. Miller RM, Groher ME. Speech-language pathology and dysphagia: a brief historical perspective. *Dysphagia*. 1993;8(3):180–4. doi: 10.1007/BF01354536. PMID: 8359037.
8. Сорокин Ю.Н. Нарушение глотания при инсультах. Особенности ведения пациента с дисфагией. *Медицина неотложных состояний*. 2015;3(66):114–49. [Sorokin YN. Dysphagia in stroke. Treatment features in patients with dysphagia. *Emergency Medicine*. 2015;3(66):114–49 (In Russ.)].
9. Рудомётова Ю.Ю. Персонализированный подход в логопедической работе при афазии и дисфагии в раннем восстановительном периоде инсульта / Ю.Ю. Рудомётова, Е.С. Корецкая, М.Г. Хлюстова. – Текст: непосредственный // *Специальное образование*. 2023;2;165:65–78. [Rudometova YuYu. Personalized approach to speech therapy work with aphasia and dysphagia in the early recovery period of apoplexy Eds. Yu.Yu. Rudometova, E.S. Koretskaya, M.G. Khlustova. *Special education*. – 2023;2;165:65–78. (In Russ.)].
10. Сидякина И.В., Воронова М.В. Индивидуализированный подход к реабилитации пациентов с центральной дисфагией // *Физиотерапия, бальнеология и реабилитация*. 2016;3:137–40 [Sidyakina IV, Voronova MV. Individualized approach to the rehabilitation of patients with central dysphagia. *Russian Journal of Physiotherapy, Balneology and Rehabilitation*. 2016;3:137–40 (In Russ.)].
11. Танащян М.М., Бердникович Е.С., Лагода О.В. Нарушения глотания в постинсультном периоде: новые подходы к лечению. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2018;10(2):57–62. [Tanashyan MM, Berdnikovich ES, Lagoda OV. Post-stroke dysphagia: Novel treatment approaches *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2018;10(2):57–62 (In Russ.)].
12. Пирадов М.А., Максимова М.Ю., Танащян М.М. Инсульт. Пошаговая инструкция. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 272 с. [Piradov MA, Maximova MY, Tanashyan MM. Ischemic stroke. Stepby-step instructions. Moscow: GEOTAR-Media; 2019 – 272 p. (In Russ.)].