

Все отмеченное выше характеризует процесс конкретизированного социального развития детей с ТНР с позиции качественного анализа ряда его составляющих, учет которых важен при реализации эффективной коррекционно-педагогической помощи.

*Библиографический список*

1. Пиаже Ж. Психология ребенка / Ж. Пиаже, Б. Инхельдер. – СПб.: Питер, 2003. 160 с.
2. Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Л. И. Акатов. – М. : ВЛАДОС, 2004. 368 с.
3. Поваляева М.А. Коррекционная педагогика. Взаимодействие специалистов: коллективная монография / М. А. Поваляева [и др.]; под общ. ред. М. А. Поваляевой. Серия «Учебники, учебные пособия». – Ростов-на-Дону: «Феникс», 2002. 352 с.

**ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ ФУНКЦИИ  
ГЛОТАНИЯ У БОЛЬНЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

**С.В. Здвижкова**

*логопед неврологического отделения для больных с нарушением мозгового кровообращения ГАУЗ «Городская клиническая больница им. Н.И. Пирогова»,*

*г. Оренбург, Россия*

[zdvizhkova77@mail.ru](mailto:zdvizhkova77@mail.ru)

**Аннотация.** В статье рассматриваются актуальные проблемы организации логопедической помощи больным с сосудистыми заболеваниями головного мозга с нейрогенной дисфагией.

**Ключевые слова:** инсульт, дисфагия, глотание, фиброларингоскопия, комплексный подход.

**SPEECH THERAPY WORK ON RESTORING SWALLOWING  
FUNCTION IN NEUROLOGICAL DEPARTMENT PATIENTS**

**S.V.Zdvizhkova**

*Speech Therapist, Neurological Department for Patients with Impaired Cerebral Circulation, City Hospital named after Pirogov, Orenburg, Russia*

[zdvizhkova77@mail.ru](mailto:zdvizhkova77@mail.ru)

**Abstract.** The article deals with actual problems of organization of speech therapy for patients with cerebrovascular diseases with neurogenic dysphagia.

**Key words:** stroke, dysphagia, swallowing, fibrolaryngoscopy, complex approach.

В настоящее время наблюдается значительная распространенность сосудистых заболеваний головного мозга среди взрослого населения, с одним их тяжелых осложнений, сосудистых заболеваний – нейрогенной дисфагией. Сердечно-сосудистые заболевания всегда лидировали по количеству летальных исходов, а инсульт прочно удерживает второе место в этом списке. Он же занимает третье место среди всех заболеваний нервной системы – об этом говорит статистика ВОЗ. Наиболее часто регистрируется ишемический инсульт, доля которого составляет порядка 80 % от общего числа, и он часто становится причиной инвалидности. Инсульт, как серьезное осложнение системной сосудистой патологии обуславливает развитие различных неврологических нарушений и дисфункций. К ним относится и нейрогенная дисфагия, которой в острый период инсульта, по данным разных авторов, страдает от 25 до 65 % больных из числа поступивших на стационарное лечение. В реабилитации больных с инсультом важное место занимает диагностика и лечение нейрогенной дисфагии.

Инсульт – это острое нарушение мозгового кровообращения, приводящее к стойкому очаговому поражению головного мозга. Может носить ишемический и геморрагический характер [1]. Патология сопровождается острым нарушением мозгового кровообращения, поражением сосудов и ЦНС. Инсульт – распространенная патология среди людей пожилого возраста. По статистическим данным, риск мозговых катастроф после 55 лет возрастает в несколько раз в течение каждого последующего года. Связано это с

малоподвижным образом жизни, сопутствующими болезнями сердца, повышенным артериальным давлением и выраженным атеросклерозом сосудов.

Причины возникновения инсультов в старости не отличаются от людей других возрастов. Однако большое количество сопутствующей патологии и выраженный атеросклероз увеличивают вероятность возникновения и инсульта и в разы ухудшают прогноз в течение года. Почему же инсульт – такая частая проблема у мужчин и женщин старше 70 лет.

Факторы риска нарушений мозгового кровообращения у возрастных пациентов:

1. Наличие выраженной артериальной гипертензии. Повышенное давление встречается у 70% людей пожилого возраста. У них лечение сложно поддается терапии, имеют место частые гипертонические кризы, 3–4 в течение года. Гипертензия после 80 лет значимый фактор риска геморрагических и ишемических инсультов.

2. Мерцательная аритмия или фибрилляция предсердий. Частота в популяции пожилых людей значительно возрастает. Постоянная форма фибрилляции предсердий приводит к образованию тромбов в полости сердца. С током крови они могут попадать в головной мозг и вызывать инсульт.

3. Высокий уровень холестерина в крови. В старости нарушения липидного обмена плохо поддаются коррекции. Количество отложений холестерина на внутренней стороне стенок сосудов возрастает, что приводит к инсульту и серьезным осложнениям после него.

4. Ожирение и метаболический синдром, малоподвижный образ жизни. Из-за различных заболеваний суставов люди старше 80 лет двигаются значительно меньше. Прогрессируют нарушения жирового обмена, что в комплексе с другими факторами может вызвать инсульт.

5. Наличие инфаркта миокарда в анамнезе, сердечной недостаточности у мужчин и женщин после 85 лет говорит о серьезном вовлечении всего организма в атеросклеротические процессы. Это ухудшает прогнозы мозговых катастроф.

## 6. Независимый фактор риска – половая принадлежность.

Неотъемлемой частью инсульта являются его осложнения. У 80 % пожилых людей, перенесших инсульт, диагностируется такое осложнение, как нарушение глотания или нейрогенная дисфагия [2].

Глотание – последовательность координированных произвольных и непроизвольных (рефлекторных) движений, обеспечивающих продвижение содержимого полости рта в пищевод и желудок. Орофарингиальная дисфагия – это нарушение глотания, которое человек испытывает во время первичных фаз глотания [3]. Данный вид дисфагии довольно часто встречается у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК). Симптомы дисфагии в этом случае включают в себя изначально затрудненное глотание, регургитацию и аспирацию в трахею, сопровождающуюся кашлем. В тех случаях, когда дисфагия у пациентов с ОНМК остается нераспознанной, значительно возрастает риск развития аспирационных пневмоний, происходит снижение массы тела, появляются пролежни и как результат пациент может погибнуть.

Особую сложность имеет задача диагностики нарушения глотания, от которой в дальнейшем зависит и успех проводимых восстановительных мероприятий. Диагноз дисфагии у пациента с поражением ЦНС в острый период течения заболевания ставится при возможности контакта с пациентом на основании жалоб, анамнестических данных, клинико-функционального обследования и исключения других заболеваний. Наиболее информативным методом для оценки динамики расстройств глотания является фиброларинготрахеоскопия. Позволяет оценить положение надгортанника и объем его движений при глотании, чувствительность слизистой оболочки гортаноглотки и визуализировать затекание слюны в трахею. Фиброскопия позволяет оценить подвижность голосовых складок при дыхании и попытке фонации, оценить объем движения черпаловидных хрящей, качество смыкания голосовой щели при глотании, выявить наличие отека и воспалительных

изменений слизистой оболочки гортани, осмотреть подскладочное пространство и оценить проходимость трахеи [4].

Основная цель представленного исследования – оценить качество логопедической помощи при восстановлении функции глотания.

В соответствии с целью были сформулированы задачи: изучить суть методик логопедической помощи больным с нейрогенной дисфагией, составить логопедическую программу восстановления функции глотания в остром периоде пациентов с ишемическим инсультом.

Исследования проводились на базе ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова» города Оренбурга. В исследовании приняли участие 35 пациентов в возрасте свыше 60 лет, находящихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии для больных с острым нарушением мозгового кровообращения ПСО, с нейрогенной дисфагией.

Исследованию предшествовало знакомство с историей болезни – фиксировались общие сведения о больном и клинический диагноз.

Комплексный подход в диагностике нарушения функции глотания, позволил подтвердить диагноз нейрогенной дисфагии, определить тяжесть степени ее выраженности.

При анализе протоколов глотания у 35 стационарных больных, имеющих дисфагию, с острым нарушением мозгового кровообращения, находившихся на лечении в неврологическом отделении Первичного Сосудистого Отделения ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова» города Оренбурга, с ноября 2017 года по январь 2018 года тяжелая степень дисфагии наблюдалась у 92 % пациентов. У 8 % пациентов наблюдалась умеренная форма дисфагии, что говорит о серьезности данной проблемы.

Лечение дисфагии проводится в комплексе с основным заболеванием, послужившим причиной ее развития. Пациенты нуждаются в наблюдении и проведении лечебно-реабилитационных мероприятий мультидисциплинарной командой, включающей: нутритивную поддержку, физические тренировки и

физиотерапию, логопедическую коррекцию, терапию боли и психологическую коррекцию.

К основным направлениям комплекса логопедической реабилитации восстановления глотания относятся: протезирование глотания; модификации питания и диеты, применение альтернативных питательных добавок; глотательная реабилитация и повторное обучение; использование биологической обратной связи (аппарат Vocastim).

Логопедическая практика позволяет утверждать, что начинать работу по восстановлению глотания необходимо как можно раньше, по истечению двух дней после инсульта и продолжать до тех пор, пока пациент не сможет самостоятельно и безопасно глотать, не опасаясь задохнуться.

Лучше проводить упражнения так, чтобы спинка кровати была поднята на 80 – 90°, и положение головы было укреплено. Такое положение облегчает глотание и уменьшает риск аспирации. Первая и самая важная цель лечения – добиться у пациента контроля головы и туловища. Для того, чтобы научить пациента жевать, пациенту необходимо на первой стадии моторного контроля тренировать основные движения, умение производить открывание и закрывание челюсти и обхватывать «столовый прибор» губами. Для восстановления моторных функций языка достаточно освоить первые три ступени моторного контроля.

Язык является сложной и комплексной структурой, которая необходима для речи, различения вкуса, жевания и глотания. Он состоит не только из внешних, но и из внутренних мышц, в которых уже содержится мышечное веретено, содержащиеся также в мышцах туловища и конечностей. Мультифиброзные и тендиозные соединения находятся между языком и мандибулой, мягким небом, глоткой, надгортанником и подъязычной костью. Для развития всех функций жизнеобеспечения, глотания, речи, дыхания, язык должен достичь четырех ступеней моторного контроля: подвижность, определяемое как фазное движение во всех четырех направлениях (флексия, экстензия, абдукция, аддукция), стабильность, определяемая способностью

складывать губы для сосания, контролируемая подвижность, когда кончик языка твердо держится на зубах, в то время как проксимальная часть языка приподнята при глотании, моторная ловкость, определяемая при проксимальном держании, пока отдаленная часть языка используется для речи.

Для большей подвижности языка можно использовать влажный шпатель, чтобы стимулировать вентральное, латеральное и ротаторное движение, при этом эффективно проводить метод сопротивления с использованием данного шпателя. Контролируемое движение или поднятие языка над мягким небом может быть стимулировано влажным шпателем для языка. Если создавать сопротивление языку шпателем в направлении вниз и назад, корень языка будет реагировать движением вперед и вверх. Раздражающее надавливание на нижние части языка может привести к рвотному рефлексу, который, хотя и неприятен пациенту, является своего рода промежуточной целью.

Устойчивость, способность удержания языка в разных позициях может быть развита через прием проторения (фацититирования) при помощи сосания пустой трубочки. На нее надавливают по направлению к какому-нибудь предмету, например, к кончику пальца. При помощи сосания пустой трубочки сидя или лежа с локтевым упором происходит проторение не только устойчивости языка, но и сокращение и устойчивость мышц шеи. Сосание мягкой соски улучшает степень подвижности и устойчивости при управлении языком и фацититирует мускулатуру губ и челюсти.

Упражнения по моторному контролю подвижности языка важны, потому что способствуют двигательной функции языка, способствуют стимулированию рвотного рефлекса, и наконец, косвенно стимулирует сокращение мягкого неба и мышц глотки, голосовых связок, за счет фиброзных соединений, создавая условия для безопасного продвижения комка пищи в глотку и далее в пищевод.

Поднятие небной дуги можно достичь, через приемы двустороннее и симметричное растяжение складки мягкого неба палочками. Во время такой стимуляции, пациент должен быть в положении сидя, он должен выдать из себя

серию стаккато –ах (коротких звуков «ах»), как в высокой, так и в низкой тональности. Такая серия повторяющихся расширений дуги неба и построение звуков должна привести к сокращению мышц мягкого неба и глотки, а также к большей подвижности гортани и аддукции голосовых связок.

За период с ноября 2017 года по январь 2018 года было обследовано 45 пациентов, проведена логопедическая работа с 35 пациентами. Остановимся на описании типичного случая логопедической работы по восстановлению функции глотания.

*Пациент М.*, 63 года, поступил в ОРИТ ОНМК 25.11.2017 г. с диагнозом: повторный ишемический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии на фоне артериальной гипертонии. Глубокий правосторонний гемипарез доплегии в руке. Бульбарные нарушения. Афферентно-моторная афазия грубой степени выраженности. По результатам компьютерной томографии выявлено: ишемическая зона слева в теменной доле, постинсультные кисты в обоих полушариях, выраженная энцефалопатия. При логопедическом осмотре у пациента: нейрогенная дисфагия орально-фарингиальной фазы (грубой степени выраженности). Рекомендовано кормление через назогастральный зонд. В связи с грубыми бульбарными нарушениями с разделительной целью пациенту произведена пункционно-дилатационная трахеостомия. После трахеостомии: дыхание самостоятельное через трахеостомическую трубку, кормление зондовое. С 26.11.2017 г. с больным занимался логопед, используя вышеописанную систему работы. В результате к 07.12.2017 г. при проведении повторного обследования отмечено восстановление оральной и фарингиальной фазы глотания, а также чувствительности слизистой ротоглотки и рефлекторной активности. Скрининговая проба на глотание пройдена успешно. Пациент способен самостоятельно принимать пищу, не поперхиваясь, по 200 граммов до 5 раз в день. 07.12.2017 г произведена экстубация трахеи. Пациент выписан 28.12.2017 г. из неврологического отделения с остаточными афатическими нарушениями речи. Больной при этом уверенно ест сам,

справляется с любой консистенцией пищи, способен проглатывать как объем столовой ложки, так и пить из чашки не загущенную жидкость.

Таким образом можно утверждать, для логопедической работы с пациентами неврологического отделения с нейрогенной дисфагией, можно использовать последовательный алгоритм преодоления нейрогенной дисфагии. В среднем при использовании описанной логопедической работы глотание восстанавливается на 3-9 день от начала интенсивной реабилитации. Глотание при стволовом инсульте восстанавливается не ранее третьей недели от начала реабилитации, что обусловлено особенностями течения заболевания.

#### *Библиографический список*

1. Белкина Ю.Б. Вариант комплексного логопедического пособия в нейрореабилитации после инсульта // Специальное образование. 2010. № 2. С. 12-18.
2. Бадалян Л.О. Невропатология: учебник для ВУЗов. 7-е изд. испр. – М.: Издательский центр «Академия», 2012. 400 с.
3. Авдюнина И.А. Управление нейрогенной дисфагией: использование загустителя жидкостей и пищи (анализ двух клинических случаев) / И.А. Авдюнина, В.В. Селиванов, Е.В. Селиверстова, А.А. Теленков // Лечащий врач 2015. №1. С. 70-74.
4. Стрельникова И.А. Динамика восстановления функции глотания у больных с инсультом на фоне комплексного лечения с применением нейромышечной электростимуляции // Аспирантский вестник Поволжья 2013. № 1-2. С. 64-68.
5. Камаева О.В. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: методическое пособие. Часть 1. Организация Инсультного Блока / под ред. А.А. Скоромца. – СПб., 2003.