

Роль логопеда в коррекции афазии и дисфагии на первом этапе реабилитации пациентов с ОНМК

О. Д. Ларина^{1, 2}, ORCID: 0000-0001-7100-6053, oldanlar@gmail.com

Ю. Ю. Рудомётова^{2, 3}, ORCID: 0000-0002-8761-3832, yuliyurievna@mail.ru

Т. В. Новикова⁴, ORCID: 0000-0003-2732-3873, tatyana.novikova@danone.com

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение Федеральный центр мозга и нейротехнологий Федерального медико-биологического агентства России; 117513, Россия, Москва, ул. Островитянова, 1, стр. 10

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Московский педагогический государственный университет; 119991, Россия, Москва, ул. Малая Пироговская, 1, стр. 1

³ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Городская клиническая больница имени И. В. Давыдовского Департамента здравоохранения города Москвы; 109240, Россия, Москва, ул. Яузская, 11

⁴ Медицинский отдел Департамента специализированного питания Danone CIS; 143421, Россия, Московская область, Красногорский район, Новорижское шоссе, 26 км, БЦ «Рига Ленд», блок В

Резюме. Сочетание дисфагии с нарушениями речи и других высших психических функций у лиц с последствиями инсульта делает их зависимыми от окружающих. Обезвоживание и недоедание достаточно распространены у этой категории пациентов, что требует применения методик модификация диеты. Данная категория больных находится в группе риска летального исхода вследствие развития аспирационной пневмонии, обусловленной дисфагией, а невозможность или недостатки общения не позволяют им сообщить о потребностях в питье и еде, что приводит к снижению потребления пищи, активизации катаболических процессов, обезвоживанию, появлению постинсультной усталости, депрессии и снижению качества жизни. Сочетание дисфагии и афазии у пациентов в постинсультном периоде является осложняющим фактором реабилитации функции глотания из-за нарушения речи. Без специальных логопедических занятий восстановление нарушенных речевых функций, как и глотания, затруднено или невозможно. Пациентам с дисфагией и афазией с целью стимулирования понимания речи в процессе выполнения ими инструкций по преодолению дисфагии, с одной стороны, и восстановления речи – с другой, необходим персонализированный подход к подбору коммуникативных моделей. Соблюдение рекомендаций логопеда по восстановлению речевых функций пациента с использованием методик нутритивной поддержки (загустителей пищи и продуктов специализированного питания) позволяет минимизировать осложнения дисфагии, уменьшить выраженность речевых нарушений и повысить реабилитационный потенциал больных. В статье описан опыт применения персонализированных коммуникативных моделей у 128 пациентов с постинсультной афазией и дисфагией. Учет структуры и выраженности речевого дефекта, правильная организация ухода за пациентами и использование коммуникативных моделей во время кормления позволили перевести больных на пероральное питание. Таким образом, использование персонализированных видов коммуникативных моделей для пациентов с сочетанием афазии и дисфагии позволяет уменьшить или полностью нивелировать нарушения глотания, значительно улучшить состояние речи, сократить сроки реабилитации и повысить качество жизни больных.

Ключевые слова: инсульт, постинсультная дисфагия, афазия, коммуникативные модели, загустители, пероральное питание.
Для цитирования: Ларина О. Д., Рудомётова Ю. Ю., Новикова Т. В. Роль логопеда в коррекции афазии и дисфагии на первом этапе реабилитации пациентов с ОНМК // Лечащий Врач. 2022; 10 (25): 21-29. DOI: 10.51793/OS.2022.25.10.004

The role of a speech therapist in the correction of aphasia and dysphagia at the first stage of rehabilitation of patients with acute disorders of cerebral circulation

Olga D. Larina^{1, 2}, ORCID: 0000-0001-7100-6053, oldanlar@gmail.com

Yulia Yu. Rudometova^{2, 3}, ORCID: 0000-0002-8761-3832, yuliyurievna@mail.ru

Tatyana V. Novikova⁴, ORCID: 0000-0003-2732-3873, tatyana.novikova@danone.com

¹ Federal State Budgetary Institution Federal Center for Brain and Neurotechnologies of the Federal Medical and Biological Agency of Russia; 1 b. 10 Ostrovityanova str., Moscow, 117513, Russia

² Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Moscow State Pedagogical University; 1 b. 1 Malaya Pirogovskaya str., Moscow, 119991, Russia

³ State Budgetary Healthcare Institution I. V. Davydovsky City Clinical Hospital of the Moscow Department of Health;
11 Yauzskaya str., Moscow, 109240, Russia

⁴ Nutricia Advanced LLC; block B BC Riga Land, 26 km Novorizhskoe highway, Krasnogorsky district, MR, 143421, Russia

Abstract. The combination of dysphagia with speech disorders and other higher mental functions in people with the consequences of a stroke makes them dependent on others. Dehydration and malnutrition are quite common in this category of patients, which requires the use of diet modification techniques. This category of patients are at risk of death due to the development of aspiration pneumonia caused by dysphagia, and the impossibility or lack of communication does not allow them to report their needs for drinking and eating, which leads to a decrease in food intake, activation of catabolic processes, dehydration, and the appearance of «post-stroke fatigue», depression and a decrease in the quality of life. The combination of dysphagia and aphasia in patients in the post-stroke period is a complicating factor in the rehabilitation of swallowing function due to the presence of speech impairment. Without special speech therapy classes, the restoration of impaired speech functions, as well as swallowing, is difficult or impossible. For patients with dysphagia and aphasia, in order to stimulate speech understanding in the process of fulfilling instructions for overcoming dysphagia, on the one hand, and restoring speech, on the other hand, a personalized approach to the selection of communication models is needed. Compliance with the recommendations of a speech therapist can minimize the complications of dysphagia, reduce the severity of speech disorders. The use of thickeners and specialized food products when feeding patients can minimize the complications of dysphagia and increase the rehabilitation potential of patients. The article describes the experience of using personalized communication models for 128 patients with post-stroke aphasia and dysphagia. Taking into account the structure and severity of the speech defect, the correct organization of patient care and the use of communication models during feeding made it possible to transfer patients to oral nutrition. Thus, the use of personalized types of communication models for patients with a combination of aphasia and dysphagia can reduce or completely eliminate swallowing disorders, significantly improve the state of speech, shorten the rehabilitation period and improve the quality of life of patients.

Keywords: stroke, post-stroke dysphagia, aphasia, communication models, thickeners, oral nutrition.

For citation: Larina O. D., Rudometova Yu. Yu., Novikova T. V. The role of a speech therapist in the correction of aphasia and dysphagia at the first stage of rehabilitation of patients with acute disorders of cerebral circulation // *Lechaschi Vrach.* 2022; 10 (25): 21-29. DOI: 10.51793/OS.2022.25.10.004

Инсулт — один из видов сосудистой патологии мозга, следствиями которого в большинстве случаев являются тяжелый неврологический дефицит, нарушения двигательной функции, акта глотания и речи [1, 2]. По данным международных источников дисфагия встречается более чем у 50% пациентов в остром периоде инсульта [3, 4]. Афазия, вызванная инсультом, диагностируется у 21-38% пациентов [5-7]. Характер афазий зависит от локализации поражения головного мозга, особенностей патофизиологических процессов, преморбидного социокультурного статуса, статуса больного и т. д.

Сочетание дисфагии с нарушениями речи и других высших психических функций у лиц с последствиями инсульта делает их зависимыми от окружающих, требуя постоянного ухода. Обезвоживание и недоедание достаточно распространены у этой категории пациентов, что требует применения методик модификации диеты. Данная категория больных находится в группе риска летального исхода из-за развития аспирационной пневмонии, обусловленной дисфагией, а невозможность или недостатки общения не позволяют им сообщить о потребностях в питье и еде, что приводит к снижению потребления пищи, активизации катаболических процессов, обезвоживанию, появлению постинсультной усталости, депрессии и снижению качества жизни. Без специальных логопедических занятий восстановление нарушенных речевых функций, как и глотания, затруднено или невозможно. Логопедические занятия необходимо начинать уже с первых дней после стабилизации состояния и продолжать на протяжении всего восстановительного периода, пока сохраняются расстройства речи и глотания. В связи с высокими рисками развития неблагоприятных клинических исходов раннее выявление дисфагии у больных с инсультом и правильное питание имеют первостепенное клиническое значение. Системные нарушения речевой функции при афазиях охватывают все языковые уровни фонологии, включая фонетику, лексику и грамматику [8, 9].

При выборе или разработке методик необходимо учитывать, что при афазиях приходится иметь дело с тем или иным видом распада уже сложившейся речевой функции [9]. Именно это обуславливает специфику афазических расстройств у взрослых, особенности и многообразие компенсаторных механизмов. Восстановительное обучение в значительной степени имеет пусковое значение. Использование автоматизмов, речевых оборотов, характерных для преморбидного статуса, коммуникативных моделей (КМ), отражающих состояние экспрессивной и импрессивной речи на данный момент, позволяет выстроить адаптивную модель и добиваться положительных результатов в наиболее быстром темпе и по наиболее целесообразным путям. Известно, что наличие выраженной дисфагии может привести к негативным исходам как в острой стадии заболевания, так и на дальнейших этапах реабилитации. К наиболее значимым последствиям дисфагии относятся развитие аспирационной пневмонии и, как следствие, более высокий уровень стационарной летальности [10]. Точно так же коммуникативные нарушения (дизартрия и афазия), изолированные или сопутствующие дисфагии, тоже связаны с неблагоприятными исходами.

Дисфагия, дизартрия и афазия могут встречаться изолированно или одновременно у двух третей всех больных, впервые перенесших острый ишемический инсульт [10]. В исследовании Heather L. Flowers, Frank L. Silver, Jiming Fang (2013), в котором анализировались частота, сочетаемость и предикторы дисфагии, дизартрии и афазии у пациентов с впервые возникшим ишемическим инсультом, подтвержденным манитно-резонансной томографией (МРТ) на основе базы данных Registry of the Canadian Stroke Network (2003-2008 гг.) в случайной выборке из 250 пациентов, показано, что распространенность дисфагии, дизартрии и афазии составляет 44% (95% ДИ 38-51), 42% (95% ДИ 35-48) и 30% (95% ДИ 25-37) соответственно [10]. Самая высокая частота совпадения любых двух нарушений составила 28% (95% ДИ 23-34) при наличии

как дисфагии, так и дизартрии. Наиболее частыми предикторами дисфагии были отсутствие бодрствования (ОШ 2,6, 95% ДИ 1,03-6,5), симптомы слабости при дизартрии (ОШ 5,3, 95% ДИ 2,4-12,0) и правосторонний гемипарез при афазии (ОШ 7,1, 95% ДИ 3,1-16,6). Все три нарушения имели 10% из 221 пациента с первичным инсультом.

Распространенность и сопутствующие факторы развития дисфагии, дизартрии и афазии у пациентов после первого острого ишемического инсульта также оценивались в проспективном исследовании [11] в период с марта 2018 г. по октябрь 2019 г. В исследование были включены пациенты с первым ишемическим инсультом, поступившие в отделение инсульта Университетской больницы Гента в течение 48 часов после появления симптомов. Скрининг дисфагии и коммуникативных показателей проводился в течение 3 дней. Всего в исследовании участвовал 151 пациент, из них 67 женщин, средний возраст – 67 лет (SD = 14). При подозрении на дисфагию, дизартрию и/или афазию проводились стандартизированные оценки. Показатели заболеваемости были рассчитаны как точечные оценки (%) с 95%-ми доверительными интервалами. Связанные факторы были рассчитаны с помощью многомерного анализа бинарной логистической регрессии.

В результате исследования были получены следующие данные: дисфагия, дизартрия или афазия присутствовали соответственно в 23% (95% ДИ 17-31), 44% (95% ДИ 37-52) и 23% (95% ДИ 17-30) случаев у пациентов с первым ишемическим инсультом. Отдельный многофакторный бинарный логистический регрессионный анализ показал, что наличие дисфагии, дизартрии и афазии было в значительной степени связано с исходной тяжестью инсульта с поправкой на возраст (ОШ 1,16; 95% ДИ 1,09-1,23; ОШ 1,13, 95% ДИ 1,07-1,20 и ОШ 0,11, 95% ДИ 1,05-1,17 соответственно). С поправкой на тяжесть инсульта риск афазии увеличивался на 4% в год (ОШ 1,04; 95% ДИ 1,00-1,07). С поправкой на возраст и тяжесть инсульта афазия была в значительной степени связана с атеросклерозом крупных артерий как основной причиной инсульта (ОШ 3,91; 95% ДИ 1,18-12,98). В целом исследование показало высокую частоту развития таких нарушений, как дисфагии, дизартрии и афазии, у пациентов с впервые возникшим острым ишемическим инсультом. Тяжесть инсульта была сопутствующим фактором для всех трех клинических симптомов.

Разработка комплексных нейроанатомических, клинических и демографических моделей для прогнозирования исходов дисфагии, дизартрии и афазии у пациентов после острого ишемического инсульта позволяет выявлять предикторы возникновения данных нарушений на этапе первичной МРТ-диагностики. Исследование по изучению МРТ-нейроанатомических предикторов дисфагии, дизартрии и афазии у больных с первым острым ишемическим инсультом [12] показало, что предикторами дисфагии были поражения продолговатого мозга (ОШ 6,2, 95% ДИ 1,5-25,8), островковой или центральной доли (ОШ 4,8, 95% ДИ 2,0-11,8) и поражения ствола (ОШ 3,6, 95% ДИ 1,2-10,1) с последующей атрофией головного мозга (ОШ 3,0, 95% ДИ 1,04-8,6), внутрикапсулярные поражения (ОШ 2,9, 95% ДИ 1,2-6,6) и увеличение возраста (ОШ 1,4, 95% ДИ 1,1-1,8). Предикторами дизартрии были поражения ствола (ОШ 7,8, 95% ДИ 2,7-22,9), островковой или центральной доли (ОШ 4,5, 95% ДИ 1,8-11,4) и внутрикапсулярные поражения (ОШ 3,6, 95% ДИ 1,6-7,9). Предикторы афазии – поражение островковой доли левого полушария (ОШ 34,4, 95% ДИ 4,2-283,4), таламическое (ОШ 6,2, 95% ДИ 1,6-24,4) и поражение коры головного мозга в бассейне средней мозговой артерии (ОШ 4,7, 95% ДИ 1,5-14,2). Дисфагия и дизартрия

сочетались у 51 (32%), дисфагия и афазия – у 29 (18%), дизартрия и афазия – у 25 (16%) пациентов.

Высокая частота развития постинсультной дисфагии, дизартрии и афазии и их влияние на клинический прогноз являются значимой проблемой не только пациента, но системы здравоохранения в целом, поэтому для успешной коррекции данных нарушений важен мультидисциплинарный подход.

Информированность медицинского персонала, осуществляющего реабилитацию и уход за пациентами, имеющими в структуре неврологического дефицита и афазию, и дисфагию, о видах коммуникации, правилах организации пространства во время приема пищи или жидкости недостаточная. Зачастую используются развернутые фразы или, наоборот, молча совершаются действия без речевого опосредования и объяснения цели той или иной манипуляции, что вызывает у пациентов отрицательные эмоции и реакции. Лингвистическое и экстралингвистическое сопровождение пациентов с нарушениями речи помогает улучшить выполнение инструкций, в том числе связанных с приемом пищи, и снизить общую тревожность.

Логопеды, работающие на первом этапе реабилитации, остро ощущают необходимость в специальных КМ, которые будут удобны для использования не только в условиях логопедических занятий, но и для любых режимных моментов, связанных с уходом. Логопедическое обследование проводится в первые сутки с момента поступления пациента в отделение нейрореанимации и представляет собой качественно-количественную оценку речи, голоса, праксиса, речевого мышления и глотания.

Диагностика осуществляется с использованием шкал, соответствующих клиническим рекомендациям, и оценки по Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, таких как шкала оценки степени выраженности речевых нарушений у больных с локальными поражениями мозга (Л. И. Вассерман и др.), количественная оценка речи (Л. С. Цветкова, Т. В. Ахутина, Н. М. Пылаева), шкала оценки дизартрии (Л. И. Вассерман и др.), шкала оценки глотания объемной вязкости (V-VST) и модифицированный тест оценки глотания (Modified MANN Assessment of Swallowing Ability) [4, 10, 13, 14].

Обязательно отображаются нейродинамические характеристики психической деятельности (сознание, ориентация в месте, времени, собственной личности; критика к своему состоянию и продуктам своей деятельности; особенности эмоциональной сферы; психическая активность; внимание; поведение в ситуации обследования; утомляемость).

Учитываются и отмечаются преморбидный статус, родной язык, владение иностранными языками, что в значительной степени помогает выстроить структуру занятий и лексику, используемую для занятий. В исследовании Heather L. Flowers (2017) отмечалось, что у пациентов с афазией оценка степени выраженности дисфагии в первые сутки может быть затруднительной [10, 12].

В ряде исследований предлагается проводить обследование пациентов с постинсультной дисфагией с акцентом на сенсорную и моторную функцию, когнитивные, поведенческие, языковые способности и пробное кормление [15-18].

Первичный скрининг оценки состояния функции глотания (скрининг трех глотков) проводится в первые 24-48 часов с момента поступления пациента в нейрореанимацию. Отмечается, что первичный скрининг в приемном покое может выявлять от 37% до 45% случаев дисфагии, клиниче-