

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ИРКУТСКАЯ ОРДЕНА «ЗНАК ПОЧЕТА» ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ИРКУТСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР
МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ»**

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТОВ

**НАРУШЕНИЕ ПРОИЗНОСИТЕЛЬНОЙ СТОРОНЫ
РЕЧИ И ГЛОТАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОНМК**

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТОВ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ



Иркутск 2016 г.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ИРКУТСКАЯ ОРДЕНА «ЗНАК ПОЧЕТА» ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ИРКУТСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР
МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ»**

«Утверждаю»



Министр здравоохранения
Иркутской области

О.Н. Ярошенко

2016 г.

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ
И ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТОВ
НАРУШЕНИЕ ПРОИЗНОСИТЕЛЬНОЙ СТОРОНЫ
РЕЧИ И ГЛОТАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОНМК
ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТОВ**

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Иркутск 2016 г.

СОДЕРЖАНИЕ

Актуальность проблемы.....	7
Дизартрия	8
Программы логопедической работы при дизартрии	10
Методы логопедической работы.....	11
Дыхательная речевая гимнастика.....	11
Голосовые упражнения.....	12
Логопедический массаж.....	12
Артикуляционная гимнастика	12
Работа над мелодико-интонационной (просодической) стороной речи.....	13
Психологическое сопровождение	13
Дисфагия.....	14
Методы логопедической работы.....	16
Вторичная профилактика инсультов.....	18
Приложения	23
Литература	28

Актуальные вопросы реабилитации и профилактики инсультов. Нарушение произносительной стороны речи и глотания у пациентов с ОНМК. Вторичная профилактика инсультов (методические рекомендации). – Иркутск, 2016. – 28 с.

Методические рекомендации подготовлены врачами неврологами, логопедами неврологического отделения для больных с ОНМК ГБУЗ ИОКБ.

Редакционно-издательское сопровождение: ОГБУЗ «Иркутский областной центр медицинской профилактики».

Авторы-составители: врач-невролог **Т.В. Плужникова**, логопед **В.А. Альбот**, логопед **О.В. Арсентьева**.

В методических рекомендациях рассматриваются проблемы нарушения речи и глотания у пациентов с инсультом, вопросы вторичной профилактики инсультов. В краткой форме представлены сведения о дизартрии, ее формах, степени выраженности нарушений и методах восстановительной работы. Представлен материал по оценке функции глотания, о компонентах нормального и нарушенного глотания, описаны методы восстановительной работы при дисфагии.

Методические рекомендации предназначены для врачей неврологов, логопедов.

Рецензенты:

Саютина Светлана Борисовна, к.м.н. – ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, доцент кафедры неврологии и нейрохирургии

Бурдуковская Наталья Леонидовна – ГБУЗ ИОКБ, врач невролог неврологического отделения для больных с ОНМК

- © Министерство здравоохранения
Иркутской области
- © ГБУЗ Иркутская округа «Знак почета»
областная клиническая больница
- © ОГБУЗ «Иркутский областной центр
медицинской профилактики»

СПИСОК, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АГ	– артериальная гипертензия;
АД	– артериальное давление;
ВСА	– внутренняя сонная артерия;
ИБС	– ишемическая болезнь сердца;
КЭАЭ	– каротидная эндартерэктомия;
МНО	– Международное Нормализованное Отношение;
ООО	– открытое овальное окно;
ОАС	– обструктивное апное во сне;
ОНМК	– острое нарушение мозгового кровообращения;
СМА	– средняя мозговая артерия;
ТИА	– транзиторная ишемическая атака;
ЦНС	– центральная нервная система.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Разнообразные речевые нарушения наблюдаются более чем у трети больных, перенесших инсульт и черепно-мозговую травму, и являются вторым по значимости и распространенности дефектом, после двигательных нарушений. Многолетний практический опыт показывает, что после применения медицинских мер (или одно-временно с их применением) в громадном большинстве случаев требуется обязательно специфическая логопедическая работа и что без нее устранение речевого недостатка не наступит. Участие врачей (невролога, физиотерапевта, врача-ЛФК), психолога также необходимо во всех случаях глубоких речевых расстройств (афазии, дизартрии), для постановки правильного диагноза и определения путей комплексной восстановительной работы.

Несмотря на частое использование после перенесенного ОНМК диагноза дизартрия (или дисфагия), **проблема правильной постановки диагноза** остается актуальной. Поскольку у взрослых можно выделить место поражения центральной нервной системы, вызвавшего дизартрию, значит нужно указывать **клиническую форму** этого нарушения и **степень выраженности дефекта** (Винарская Е.Н., Пулатов А.М., 1989), а при **дисфагии** определение нарушенной **фазы** глотания.

Четкий диагноз позволит логопеду выбрать необходимую восстановительную программу для каждого конкретного пациента с учетом вида его нарушения. Логопед, как педагог, идет вслед за неврологом. Диагноз дизартрия, дисфагия, определение формы и степени выраженности расстройств определяется неврологом. Именно врач устанавливает время, когда логопед может начинать восстановительную работу – с учетом ясного сознания пациента, отсутствия тяжелой соматической патологии, отсутствием грубых когнитивных расстройств. В обязанности же логопеда входит более точное обследование речевого аппарата, его строения, функций и речи, так же подбор коррекционных восстановительных приемов для конкретного пациента и проведение самих занятий.

Цель данной работы: рассмотреть вопросы взаимодействия медицинских и педагогических приемов работы для улучшения оказания реабилитационной помощи пациентам, перенесшим ОНМК с речевыми нарушениями и нарушениями глотания.

ДИЗАРТРИЯ

Дизартрия – расстройство произносительной стороны речи, обусловленное нарушением (недостаточностью) иннервации мышц речевого аппарата. Ведущим дефектом является нарушение фонетической и просодической стороны речи, связанное с органическим поражением центральной или периферической нервной системы.

Дизартрия характеризуется следующими синдромами: нарушением мышечного тонуса артикуляционной мускулатуры, нарушением артикуляционной моторики, дискоординационными расстройствами, нарушением реципрокной иннервации, наличием насильственных движений и оральных синкинезий, нарушением проприоцептивной афферентации от мышц артикуляционного аппарата и нарушением речевого дыхания.

Степень выраженности нарушения произносительной стороны речи зависит от характера и тяжести поражения нервной системы. В легких случаях имеются отдельные искажения звуков, нечеткость речи; в более тяжелых, отмечается «смазанная речь», имеют место замены и пропуски звуков, страдает ее темп, выразительность, голосовые модуляции. При тяжелых поражениях центральной нервной системы (ЦНС) речь становится невозможной из-за полного паралича речевых мышц. Такие нарушения называются **анартрией** (Винарская Е.Н., 1971).

Реабилитация взрослых лиц, страдающих дизартриями, связана с целым комплексом мероприятий специализированной помощи. Имеется в виду клиническое обследование и диагностика, лечение с помощью медикаментозных и физиотерапевтических средств, специальная педагогическая работа по коррекции произносительной стороны речи, специализированная психологическая помощь.

Лица, страдающие дизартрией, характеризуются астенией, высоким уровнем тревожности, фрустрационными переживаниями, заниженной самооценкой, сниженной психической активностью, преобладанием негативного настроения и отрицательных реакций (избегания, ухода, страха), нарушениями ритмичности и координации движений, слабыми адаптационными возможностями.

В настоящее время существуют различные подходы к классификации дизартрических расстройств.

С позиции *клинического (неврологического)* подхода изучаются клинические проявления дизартрии, которые соотносятся с уровнем

органического или функционального поражения нервной системы, ее периферических или центральных отделов. Клинический подход исследует также причины дизартрии, топiku (место) и характер очагового поражения ЦНС, симптоматику, в которую включают характер изменения мышечного тонуса, движений различных отделов речевого аппарата и т.п. Наличие дизартрии связано с органическим или функциональным поражением мозга.

С учетом неврологического подхода на основе уровня локализации мозгового поражения (Правдина О.В., 1973) различают следующие **формы дизартрии**:

1. *Бульбарную*, связанную с поражением ядер, корешков или периферических отделов черепно-мозговых нервов (языкоглоточного, блуждающего, подъязычного, иногда – тройничного и лицевого).
2. *Псевдобульбарную*, связанную с поражением корково-ядерных (кортико-бульбарных) проводящих путей.
3. *Экстрапирамидную* (подкорковую), связанную с поражением подкорковых узлов и их нервных связей с различными отделами головного мозга.
4. *Мозжечковую*, связанную с поражением мозжечка и его проводящих путей.
5. *Корковую* (кинестическую премоторную и кинестетическую постцентрально), обусловленную очаговыми поражениями коры головного мозга.

Патогенез и клинические проявления различных форм дизартрии представлен в приложении.

Классификация дизартрии по степени понятности речи для окружающих была предложена французским невропатологом G. Tardier (1968). Автор выделяет четыре степени тяжести речевых нарушений.

1. Первая (легкая степень) – когда нарушения звукопроизношения выявляются только специалистом в процессе обследования.
2. Вторая (умеренная) – нарушения произношения заметны каждому, но речь понятна для окружающих.
3. Третья (выраженная) – речь понятна только близким пациента и частично для окружающих.
4. Четвертая (**анартрия**) самая тяжелая – отсутствие речи или речь почти непонятна даже близким пациента.

Реабилитация взрослых лиц, страдающих дизартриями, связана с целым комплексом мероприятий специализированной помощи.

Имеется в виду клиническое обследование и диагностика, лечение с помощью медикаментозных и физиотерапевтических средств, специальная педагогическая работа по коррекции произносительной стороны речи, специализированная психологическая помощь.

Хочется еще раз отметить, что речевое заключение логопеда делается в соответствии с клиническими данными, представленными в медицинской карте стационарного больного. Это служит отправной точкой для выбора программы восстановительной работы и методов коррекции в комплексе мероприятий специализированной помощи.

Программы логопедической работы при дизартрии

Бульбарная

- формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи;
- преодоление гипотонуса в мимической и артикуляционной мускулатуре;
- развитие подвижности мышц артикуляционного аппарата;
- нормализация речевого дыхания;
- нормализация фонетической окраски звуков;
- восстановление мелодико-интонационной стороны речи;
- развитие контроля над произносительной стороной речи.

Псевдобульбарная

- формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи;
- преодоление гипертонуса в мимической и артикуляционной мускулатуре;
- развитие подвижности мышц артикуляционного аппарата;
- нормализация речевого дыхания;
- нормализация фонетической окраски звуков;
- восстановление мелодико-интонационной стороны речи;
- развитие контроля над произносительной стороной речи.

Подкорковая / экстрапирамидная

- формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи;
- снижение степени проявления синдрома ригидности в мышцах речевой моторики;
- формирование синхронной деятельности отделов дыхания, го-

лосообразования, звукопроизношения;

- развитие подвижности мышц артикуляционного аппарата;
- нормализация речевого дыхания;
- нормализация фонетической окраски звуков;
- восстановление мелодико-интонационной стороны речи;
- развитие контроля над произносительной стороной речи.

Мозжечковая

- формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи;
- формирование синхронной деятельности отделов дыхания, голосообразования, звукопроизношения;
- развитие подвижности мышц речевого аппарата;
- нормализация речевого дыхания;
- нормализация фонетической окраски звуков;
- восстановление мелодико-интонационной стороны речи;
- развитие контроля над произносительной стороной речи.

Основное внимание в логопедической работе по преодолению корковой дизартрии следует уделять устранению симптомов кинетической и кинестетической апраксии.

Методы логопедической работы

Дыхательная речевая гимнастика

Дыхательная гимнастика – комплекс упражнений, направленных на восстановление речевого дыхания и координацию функций дыхания и фонации.

Задачи проведения дыхательной гимнастики: дифференциация носового и ротового дыхания; формирование длительного ротового выдоха под контролем движений диафрагмы и мышц брюшного пресса; выработка умения равномерного, ритмичного распределения воздуха в процессе речевой деятельности.

Дыхательные упражнения в остром периоде должны проводиться только с разрешения лечащего врача и с учетом тяжести состояния больного. Применяются пассивные и активные приемы.

Нормализация дыхания в результате выполнения дыхательной гимнастики снижает проявление многих патологических изменений в организме, улучшает функциональную деятельность всех органов и систем, активизирует механизмы саморегуляции и улучшает психоэмоциональное состояние пациентов.

Голосовые упражнения

Голосовая гимнастика – комплекс логопедических мероприятий, направленных на постепенную активизацию и координацию нервно-мышечного аппарата гортани для восстановления полноценной голосовой функции.

Задачами проведения голосовой гимнастики являются: активизация голосового аппарата при гипотонусных расстройствах или снятие излишнего напряжения при гипертонусе; восстановление утраченных кинестезий голосообразования, т.е. непосредственно самой фонации.

Восстановление голоса необходимо начинать как можно раньше, что позволит предупредить фиксацию навыка патологического голосообразования и появление невротических реакций у больных.

Логопедический массаж

Логопедический массаж – метод активного механического воздействия, который изменяет состояние мышечной, кровеносной и лимфатической системы; оживляет кинестезии; активизирует трофику тканей. Как одна из важных логопедических техник, массаж способствует нормализации мышечного тонуса артикуляционной и мимической мускулатуры, что в конечном итоге приводит к улучшению произносительной стороны речи и уменьшению эмоционального напряжения.

Основная цель логопедического массажа – устранение патологической симптоматики в мышечной системе периферического отдела речевого аппарата.

Показанием к проведению логопедического массажа является назначение врача.

На основании результатов предварительной диагностики логопед определяет вид массажа, необходимого для данного пациента; составляет комплекс массажных приемов, определяет последовательность массажных движений, методику их проведения и ориентировочную нагрузку.

Артикуляционная гимнастика

Артикуляционная гимнастика – комплекс специальных упражнений, направленных на укрепление мышц артикуляционного аппарата, развитие их силы и подвижности.

Задачи артикуляционной гимнастики: выработка тонких дифференцированных движений органов артикуляции; формирование кинестетической и кинетической основы артикуляционных движений.

Артикуляционная гимнастика проводится в пассивном, пассивно-активном и активном режиме и включают в себя упражнения для мимических мышц, мышц губ, языка, мягкого неба и нижней челюсти.

В результате выполнения артикуляционной гимнастики улучшается функциональная деятельность органов жевания, глотания и звукопроизношения.

Работа над мелодико-интонационной (просодической) стороной речи

Просодика – это интонационно выразительная окраска речи. Она представляет собой совокупность ритмико-интонационных свойств речи, которые реализуются через такие качества речи, как речевое дыхание, тембр, высота, сила, модуляции голоса, темп, пауза, ритм, логическое ударение.

Логопед, при работе с больными страдающими дизартрией, большое внимание уделяет восстановлению правильного темпа и ритма речи, путём обучения произвольно изменять темп речи, выделять ударные слоги в структуре высказывания и правильно чередовать их с безударными слогами, соблюдать правильные паузы.

Восстановлению мелодико-интонационной речи способствуют голосовые упражнения, направленные на развитие основного тона высказывания. Сформированные в специальных упражнениях навыки темпо-ритмического, интонационного оформления речи закрепляются в эмоционально окрашенном речевом материале (чтение рассказов, инсценировок и т. д.). При подборе такого материала обязательно учитывается возраст и интересы пациентов.

Психологическое сопровождение

С первых дней нарушения речи больные нуждаются в психологическом сопровождении. Психическая травма, связанная с заболеванием, носит как острый, так и хронический характер. С одной стороны, больной внезапно теряет речь вследствие тех или иных нарушений деятельности мозга. С другой стороны, последующая ситуация начинает постепенно декомпенсировать психику. В особенности, это касается лиц 40-60 лет, которые занимали определенный социальный статус и были активны в трудовой деятельности.

Основным патогенным фактором в плане психологической дезадаптации у них являются ситуации ломки жизненного стереотипа, а иногда и семейной жизни. На фоне органического поражения мозга начинают развиваться расстройства невротического и психоорганического характера. Это, помимо основного заболевания, усиливает астению, перенапряжен вегетативной нервной системы, а затем вызывает целый комплекс вегетативных дисфункций. Чем глубже болезнь изменила характер личности, тем более необходимы в лечении такого больного патогенетическая психотерапия и психологическое сопровождение, направленные на реорганизацию личности, на снижение депрессивного настроения, формирование положительного эмоционального контакта с близкими людьми, врачом и логопедом.

ДИСФАГИЯ

Глотание – сложный рефлекторный акт, при котором в результате сокращения одних и расслабления других мышц пища переводится из полости рта в пищевод, а затем в желудок. Дисфункция глотания является частым нарушением при остром инсульте. Дисфагия – неприятное и рискованное состояние для любого пациента. Она увеличивает летальность, длительность госпитализации, вероятность развития аспирационной пневмонии, стоимость лечения пациента.

Причиной дисфагии могут служить локальные повреждения ствола мозга, а так же диффузные и многоочаговые поражения, затрагивающие кору, подкорковые образования и ствол мозга. Локализация нарушения определяется методами нейровизуализации.

Оценка функции глотания проводится в первые часы после поступления больного с острым инсультом в палату интенсивной терапии и реанимации. В идеальном варианте она требует участие нескольких специалистов – невролога, пульмонолога, гастроэнтеролога, использование эндоскопической стойки с возможностью оценки нарушений глотания. Скрининговое тестирование проводит врач (или медсестра) и вносит результаты тестирования в медицинскую карту стационарного больного. Опираясь на эти данные, логопед проводит комплексное логопедическое обследование, которое включает в себя: исследование функции губ, жевательной мускулатуры, объем движения нижней челюсти, функцию мягкого неба и глоточный рефлекс, объем движений и работоспособность языка, вытекание жидкости или пищи изо рта, оценивает скорость формирования пищевого комка и проглатывание жидкости; регистрирует поперхивания,

кашель или удушье во время или после глотка, голос и его изменения после глотания. Данные исследования заносятся в протокол первичного логопедического обследования.

Следует отметить, что акт глотания делится на несколько фаз: оральную (произвольную), фарингеальную и пищеводную (непроизвольные). Логопедические приемы позволяют опосредованно воздействовать на ротовую и частично фарингеальную фазы глотания.

Нейромышечные компоненты нормального глотания

- Смыкание губ – сохраняется от момента попадания пищи в рот до окончания прохождения через глотку. При невозможности смыкания губ нарушается носовое дыхание.
- Движения языка – язык перемешивает, дополнительно измельчает пищу, подводит пищевой комок к глотке и проталкивает его.
- Круговые и боковые движения нижней челюсти – измельчение пищи, которая подается языком на жевательные поверхности зубов.
- Приподнимание небной занавески или мягкого неба и смыкание небно-фарингеального прохода – предотвращает попадание пищи в полость носа
- Движение основания языка кзади оказывает давление на пищевой комок, также как перистальтические движения
- Закрытие дыхательных путей – предотвращает аспирацию. Закрытие дыхательных путей начинается с истинных голосовых связок, продолжается на уровне входа в дыхательные пути, то есть на ложных голосовых, черпаловидных хрящах, основании надгортанника и ложных голосовых связках. На этом уровне создается препятствие для проникновения пищи в дыхательные пути.
- Открытие верхнего сфинктера пищевода.
- Перистальтика пищевода.

Симптомы дисфагии

- Трудности в проглатывании жидкости.
- Слюнотечение или частое сплёвывание слюны.
- Прилипание пищи в горле и/или глотке.
- Удушье и кашель при приёме пищи и жидкости, проглатывании слюны.
- Ослабление (или отсутствие) произвольного или непроизвольного кашля.

- Влажный или булькающий голос.
- Дискомфорт в глотке и рецидивирующие бронхолегочные инфекции.
- Носовая регургитация.
- Необходимость повторных глотков, чтобы освободить глотку.
- Потеря веса, изменение трофологического статуса.

Причины аспирации

До глотка:

- Слабые движения языка.
- Нарушение нёбно-язычного затвора.
- Задержка инициации глотательного рефлекса.

Во время глотка:

- Ослабленное поднятие гортани.
- Ослабленное смыкание голосовых связок.
- Ослабленная перистальтика глотки.

После глотка:

- Неэффективное очищение глотки
- Крикофарингеальная дисфункция
- Рефлюкс или регургитация из желудка и/или пищевода

Существует несколько методов реабилитации нейрогенной дисфагии [Logemann, 1997]: медикаментозный, диетический, компенсаторный, тренировочный, стимулирующий, физиотерапевтический, хирургический, заместительный с нутриционной поддержкой. В своей практике логопед может использовать некоторые методы: компенсаторный, тренировочный, стимулирующий; кратко осветим их с позиции логопедических приемов.

Методы логопедической работы

Компенсаторный метод предполагает трансформацию глотки при помощи вынужденного позиционирования во время приема пищи. Так при ограниченных движениях корня языка опускаем подбородок больного вниз. При односторонне парезе (или параличе) гортани чуть опускаем подбородок вниз и склоняем голову к дефектной стороне. В случаях скапливания пищи на одной и той же стороне в ротовой полости, наоборот, голову наклоняем в противоположную от остатка пищи направлении. Для компенсации дисфагии имеет значение так же уменьшение объема и сокращение темпа приема пищи.

Тренировочный метод включает восстановление подвижности и работоспособности в мышцах губ, языка, мягкого неба, глотки, гортани и голосовых складок, мимических и жевательных мышц с использованием артикуляционной гимнастики (комплекс специальных упражнений направленных на укрепление мышц речевого аппарата, развитие силы, подвижности и дифференцированных движений органов, принимающих участие в речи представлен в приложении). С больными отрабатываются различные глотательные маневры: глоток «на сухую», целенаправленное сглатывание слюны, применение Маневра Мендельсона, глотание небольших объемов вязкой жидкости (кисель, мусс).

Стимулирующий метод – улучшение восприятия ротовой чувствительности – используется как предварительный сенсорный стимул перед попыткой больного глотать. Так, например, использование тепловой стимуляции корня языка металлическим шпателем, который держался попеременно несколько секунд в колотом льде и теплой воде. Увеличение давления ложкой на язык при подаче пищи в рот.

Но это лишь часть приемов работы с пациентами, у которых нарушена функция глотания. Для реализации всех методов реабилитации необходим мультидисциплинарный подход, то есть требуется участие невролога, врача физиотерапевта, врача ЛФК, диетолога, логопеда, психолога. После выявления больных с нарушением глотания все специалисты бригады должны совместно разработать реабилитационную программу данной функции.

Ее основными принципами является:

- 1) раннее начало;
- 2) систематичность и длительность;
- 3) комплексность и адекватность;
- 4) активное участие самого больного или его родственников.

И только совместные усилия, комплексное применение методов по преодолению дисфагии улучшает результаты лечения и реабилитации больных с ОНМК, сокращает длительность госпитализации и риска аспирационной пневмонии.

Опыт слаженной работы врачей, логопеда, психолога и медицинских сестер дает хорошую положительную динамику по восстановлению речи и функции глотания у пациентов после острого нарушения мозгового кровообращения. Профилактика дисфагии связана с первичной и вторичной профилактикой заболевания, послужившего причиной ее развития.

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТОВ

Профилактика повторного инсульта представляет не менее важную медико-социальную проблему, чем предотвращение первого острого церебрального эпизода. К сожалению, частота развития повторных ОНМК составляет около 25–30% от общего числа всех новых случаев. Риск повторного инсульта наиболее высок в первые несколько недель от его развития, риск повторной ТИА – в течение первых трех дней.

Вторичная профилактика основывается, равно как и первичная, на коррекции ФР. Ее проведение должно начинаться как можно раньше. Показано, что индивидуализированная вторичная профилактика инсульта уменьшает риск развития повторного нарушения мозгового кровообращения на 28–30% (Гусев Е.И., 2009).

Наибольшего результата можно добиться при использовании комплекса профилактических мероприятий. Он включает, как и при первичной профилактике, модификацию образа жизни, а именно, отказ от курения, прекращение злоупотребления алкоголем, рациональное питание, ограничение приема поваренной соли, снижение избыточной массы тела, лечение СД. Немаловажное значение отводится повышению физической нагрузки, однако, в отличие от предписаний первичной профилактики, рекомендуется постепенное достижение того уровня физической активности, который отмечался у пациента до развития церебрального инсульта и его, также постепенное, разумное последующее увеличение, критерием которого служит, в первую очередь, безопасность состояния пациента.

Рекомендации

Рекомендуется регулярный контроль уровня артериального давления.

Рекомендуется снижение уровня артериального давления после острейшего периода инсульта. не следует значительно снижать АД у больных с предполагаемым гемодинамическим инсультом или у больных с билатеральным стенозом сонных артерий.

Антигипертензивная терапия относится к одному из наиболее эффективных методов вторичной профилактики инсульта у пациентов с АГ. У больных, перенесших инсульт или ТИА, риск развития повторного инсульта находится в прямой зависимости от уровня как систолического, так и диастолического АД. Немаловажное значение

имеет не только снижение показателей АД до целевого уровня у пациентов с АГ, но и проведение терапии, препятствующей дальнейшему ремоделированию и гипертрофии сосудистой стенки, прогрессированию атеросклеротического повреждения, в том числе у пациентов с нормальным АД.

В рекомендациях ESO (2008) определен нормальный уровень АД менее 120/80 мм рт. ст. Абсолютные цифры целевого уровня АД и степень его снижения не уточняются и должны быть индивидуализированы, однако указывается, что положительные результаты достигаются при среднем снижении уровня АД на 10/5 мм рт. ст.

Снижение систолического АД менее 120 мм рт. ст. у пациентов с АГ в анамнезе не рекомендуется из-за риска ухудшения кровоснабжения головного мозга и возможного развития повторных ишемических событий.

Целевые уровни, достижение которых рекомендуют на сегодняшний день большинство исследователей, соответствуют показателям менее 140/90 мм рт. ст., а у пациентов с СД и почечной недостаточностью – менее 130/80 мм рт. ст.

Необходимо регулярно контролировать уровень глюкозы крови. Коррекцию уровня глюкозы крови рекомендовано осуществлять изменением образа жизни и назначением индивидуальной фармакотерапии.

Повышение уровня ХС в плазме крови – дислипидемия – важный ФР развития повторного ОНМК.

В настоящее время во вторичной профилактике инсульта у пациентов с проявлениями атеросклероза, с наследственными и вторичными дислипидемиями активно используются препараты, снижающие уровень общего ХС, ХС ЛПНП и повышающие уровень ХС ЛПВП.

Наиболее эффективны из них статины/ Рекомендуется терапия статинами у пациентов с некардиоэмболическим инсультом/ Целевой уровень общего холестерина – менее 5 ммоль/л, ЛПНП – менее 3 ммоль/л.

Рекомендуется отказ от курения.

Рекомендуется отказ от злоупотребления алкоголем.

Рекомендуется регулярная физическая активность.

Рекомендуется соблюдение диеты с ограничением употребления поваренной соли и насыщенных жиров, обогащенной богатыми клетчаткой фруктами и овощами.

Лицам, имеющим повышенный индекс массы тела, рекомендуется придерживаться диеты для снижения веса. Снижение массы тела после инсульта может приводить к уменьшению уровня АД.

Не рекомендуется дополнительное употребление витаминов с антиоксидантными свойствами. Дополнительный прием витамина Е не предупреждает развитие сосудистых событий. Жирорастворимые антиоксидантные добавки могут увеличивать смертность.

Витамины, снижающие уровень гомоцистеина (фолаты, V_{12} , B_6), не снижают частоту повторного инсульта и могут увеличивать частоту сосудистых событий.

Не рекомендуется назначение гормональной заместительной терапии в качестве вторичной профилактики инсульта. Постменопаузальная эстроген-заместительная терапия не предупреждает развития сосудистых событий и может увеличивать степень тяжесть инсульта.

Рекомендуется лечение расстройств дыхания во время сна, таких как синдром сонных апноэ, при помощи постоянного положительного давления в дыхательных путях. Расстройства дыхания во время сна могут являться одновременно как фактором риска, так и следствием инсульта, и связаны с худшим восстановлением и увеличением риска смерти в отдаленном периоде инсульта. Более 50% больных с инсультом страдают нарушениями дыхания во сне, главным образом синдромом обструктивного апноэ во сне (ОАС). Возможен спонтанный регресс данных нарушений после инсульта, однако в ряде случаев необходима терапия. Методом выбора лечения ОАС является поддержание постоянного положительного давления в дыхательных путях.

Рекомендуется эндоваскулярное закрытие открытого овального окна у больных с криптогенным инсультом при сочетании ООС с аневризмой межпредсердной перегородки, Евстахиевым клапаном, сетью Киари, или с инсультом в анамнезе риск повторного инсульта является высоким.

Антитромботическая терапия

Пациентам, перенесшим инсульт, рекомендуется прием антитромботической терапии. Больные, которым не показана антикоагулянтная терапия, должны получать антитромбоцитарную терапию. Рекомендуется назначение комбинации аспирина и дипиридамола, или клопидогреля. В качестве альтернативы возможно использование аспирина

Комбинация клопидогреля и аспирина не рекомендована для пациентов после недавно перенесенного инсульта, за исключением

специальных показаний (например, нестабильная стенокардия, или не-Q-образующий инфаркт миокарда, или недавнее стентирование) с продолжительностью терапии до 9 месяцев.

У пациентов, перенесших инсульт на фоне приема антитромбоцитарных препаратов, необходима повторная оценка патофизиологических механизмов и факторов риска инсульта.

Терапия оральными антикоагулянтами (МНО 2,0 – 3,0) рекомендована больным после перенесенного ишемического инсульта, связанного с мерцательной аритмией. Прием оральных антикоагулянтов не рекомендован больным с частыми падениями, низкой приверженностью терапии, неконтролируемой эпилепсией, желудочно-кишечными кровотечениями возраст не является противопоказанием для терапии оральными антикоагулянтами.

Пациенты с кардиоэмболическим инсультом, не связанным с мерцательной аритмией, должны получать оральные антикоагулянты (МНО 2,0–3,0) при высоком риске повторного инсульта. Антикоагулянтная терапия не рекомендована для пациентов после некардиоэмболического инсульта, за исключением некоторых ситуаций, таких как атерома аорты, фузиформная аневризма основной артерии, диссекция артерий шеи или открытое овальное окно в сочетании с доказанным тромбозом глубоких вен голени или с аневризмой межпредсердной перегородки

При наличии противопоказаний к терапии оральными антикоагулянтами рекомендована терапия низкими дозами аспирина в сочетании с дипиридамолом.

Антитромбоцитарная терапия уменьшает частоту развития сосудистых событий, включая нефатальный инфаркт миокарда, нефатальный инсульт и сосудистую смерть у пациентов, перенесших инсульт или ТИА.

Оральные антикоагулянты

Терапия оральными антикоагулянтами после некардиоэмболического ишемического инсульта по эффективности не превосходит терапию аспирином, однако приводит к большему количеству кровотечений. Оральные антикоагулянты (МНО 2,0 – 3,0) снижают риск повторного инсульта у пациентов с неклапанной мерцательной аритмией при постоянной, так и при пароксизмальной форме), а также при большинстве других состояний, сопровождающихся кардиальной эмболией. Антикоагулянтную терапию необходимо продолжать

ТРЕНИРОВКА НАВЫКОВ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ДЫХАНИЯ

Оптимальные условия для постановки дыхания создаются на занятиях в кабинете логопеда. В случае сосудистого характера основного заболевания дыхательные упражнения выполняются легко, без напряжения. Каждое упражнение повторяется 4–5 раз. Вдох должен быть коротким, а выдох длительным.

Дыхательная гимнастика

1. Вдох-выдох через нос.
2. Вдох через нос – выдох через рот.
3. Вдох через рот – выдох через нос.
4. Вдох – выдох через левую ноздрию [правая зажата пальцем).
5. Вдох – выдох через правую ноздрию (левая зажата пальцем).
6. Вдох через левую ноздрию – выдох через правую.
7. Вдох через правую ноздрию – выдох через левую.
8. Вдох через нос – удлинённый выдох через неплотно сжатые губы.
9. Вдох через нос, выдох через нос толчками, т.е. кратковременно задерживая дыхание.
10. Сдувать с ладони ватку или бумажку, дуть на зажжённую свечку, на воду, надувать мыльные пузыри.

Активизация мускулатуры шеи и мышц гортани

1. Медленно, спокойно поворачивать 2–3 раза голову в стороны (вдох носом, выдох ртом).
2. Нагибать голову в НИЗ (выдох носом), не спеша поднимать ее вверх (вдох ртом).
3. Покашливание (имитировать кашель).
4. Пальцы рук сложить в замок на затылке. Медленно отклонять голову назад, преодолевая сопротивление рук.
5. Сжать в кулак кисти рук и подпереть подбородок. Наклонять голову вперёд через сопротивление рук.
6. Ладони прижать к ушам. Наклонять голову влево-вправо, преодолевая сопротивление рук.
7. Двигать нижней челюстью вниз, в стороны, вперёд. Сжимать челюсти.
8. Надувать и втягивать щеки при крепко сжатых губах.
9. Открыть рот и по возможности подтягивать кончик языка к мягкому нёбу.
10. Широко открыть рот, вдохнуть и плавно выдохнуть воздух (позевывание).

длительное время, или как минимум в течение 3 месяцев после кардиоэмболического инсульта, возникшего на фоне острого инфаркта миокарда. Существуют противоречивые мнения о том, когда необходимо начинать терапию антикоагулянтами. После ТИА или малого инсульта терапия должна начинаться немедленно, однако в случае тяжелого инсульта с признаками обширного инфаркта по данным методов нейровизуализации (например, при размере очага поражения более 1/3 бассейна СМА) антикоагулянтную терапию необходимо начинать через несколько недель (вопрос в каждом случае должен решаться индивидуально).

У пациентов с мерцательной аритмией и стабильной ИБС не следует комбинировать оральные антикоагулянты с аспирином. Терапия антикоагулянтами может быть предпочтительной у пациентов с атеромой аорты, фузиформной аневризмой основной артерии или диссекцией артерий шеи.

Повторные сосудистые события на фоне антитромбоцитарной терапии

Подходы к терапии больных, перенесших повторные сосудистые события на фоне антитромбоцитарной терапии, остаются неясными. Необходим поиск альтернативных причин инсульта и индивидуализированная коррекция факторов риска. Альтернативными терапевтическими стратегиями могут быть: модификация образа жизни, переход на прием другого препарата или комбинация с другим антитромбоцитарным препаратом, терапия оральными антикоагулянтами.

Хирургические методы и ангиопластика

Операция КЭАЭ рекомендована пациентам со стенозами сонных артерий 70–99% и должна выполняться только в центрах с показателем периоперационных осложнений (любой инсульт и смерть) менее 6%.

Операция КЭАЭ не рекомендована пациентам со стенозами сонных артерий менее 50%.

Экстра-интракраниальный анастомоз между поверхностной височной и средней мозговой артериями не имеет преимуществ при стенозах или окклюзиях СМА или ВСА в профилактике инсульта.

АКТИВИЗАЦИЯ МИМИЧЕСКОЙ МУСКУЛАТУРЫ

1. Поднять брови, имитируя удивление, потом расслабить (попеременно).
2. Нахмурить лоб, как будто сердитесь, потом расслабить (попеременно).
3. Поморщиться, имитируя зубную боль или ощущение кислого во рту, потом расслабиться (попеременно).
4. Зажмурить глаза, потом поморгать.
5. Прищурить один глаз, потом другой (попеременно).
6. Наморщить нос, сделать несколько нюхательных движений, как будто нюхаете цветок.
7. Вытянуть губы вперёд «воронкой» и подвигать губами вправо-влево (попеременно).
8. Посвистеть, почмокать губами.

Упражнения для мышц нижней челюсти

1. Широко открыть рот и закрыть (попеременно).
2. Зубами покусать верхнюю и нижнюю губы.
3. Имитировать жевание с закрытым и открытым ртом (попеременно).
4. Коснуться подбородком правого и левого плеча.

Артикуляционные упражнения

1. Растянуть углы рта в улыбку, оскалить зубы, вытянуть губы в трубочку.
2. Произносить звуки «у», «о», «а»; далее пары звуков «и-у», «и-а», «и-о»; затем по три-четыре звука «а-о-у», «и-а-и», «а-и-а», «а-у-и-а», «и-у-о-и».
3. Положить широкий язык на нижнюю губу «лопаткой» – высунуть узкий язык вперед «жалом»,
4. Поднять язык к верхней губе, опустить на нижнюю губу.
5. Сделать круговые движения языком по внутренней поверхности щёк, вокруг зубов, по губам.
6. Провести языком по твёрдому нёбу вперёд-назад,
7. Надуть-втянуть обе щеки,
8. Надувать обе щеки попеременно, перекачивая воздух из одной щеки в другую, как при полоскании.
9. Поцокать и пощёлкать языком.
10. Слегка покусать язык по всей плоскости.

ДИЗАРТРИЯ

Дизартрия	Очаг поражения мозга	Патогенез	Клинические проявления
Бульбарная	Одностороннее (правое или левое) или двустороннее поражение периферических двигательных нейронов V, VII, IX, X, XII черепно-мозговых нервов шейно-грудного уровня	Избирательные вялые (право-, лево- или двусторонние) параличи мышц языка, губ, мягкого неба, гортани, глотки; дыхательных мышц и поднимающих нижнюю челюсть. Наблюдается их атрофия и атония (язык вялый, дряблый); снижены или отсутствуют глоточный и нижнечелюстной рефлекс. Отмечаются расстройства непроизвольных движений в соответствующих группах мышц	Голос слабый, глухой, истощающийся; гласные и звонкие согласные оглушены (Б-П, Д-Т и др.) Тембр речи изменен по типу открытой гнусавости (Б-М, Д-Н и др.). Артикуляция гласных приближена к нейтральному звуку э. Артикуляция согласных упрощена; смычные и Р заменяются щелевыми (П-Ф, Т-С). Упрощается характер щели у щелевых; в речи доминируют глухие плоскощелевые звуки. Нередки избирательные расстройства артикуляции в соответствии с избирательным распределением вялых параличей. Речь замедленная, монотонная, нарушена плавность, резко утомляет больного
Псевдобульбарная	Часто наблюдается поражение центральных двигательных кортико-бульбарных и пирамидных нейронов, идущих к	Характерны пирамидные спастические параличи мышц речевого аппарата. Мышечных атрофий нет. Гипертрофия мышц (язык напряжен, отодвигается назад), глоточный и нижнечелюстной рефлекс усилены. Нередки насильственный смех	Голос слабый, силлый и хриплый. Тембр речи изменен по типу закрытой гнусавости, особенно гнусавы гласные заднего ряда (у, о) и твердые согласные со сложным артикуляционным укладом (р, л, ш, ж, ц). Артикуляция гласных и согласных сдвинута назад. Смычные согласные и р заменяются на щелевые (п-ф, т-с), щелевые согласные преобразуются в плоскощелевые,

Дизартрия	Очаг поражения мозга	Патогенез	Клинические проявления
	передним рогами шейно-грудного уровня. Поражение двустороннее, неравномерно латерализованное	и плач. Параличи всегда двусторонние, но возможно их преобладание с одной стороны, во-первых, произвольные движения и, во-вторых, сами тонкие движения кончиком языка	страдает артикуляция согласных со сложными укладами (р, л, ш, ж, с, з, ц, ч), артикуляция твердых согласных страдает больше, чем мягких. Большой старается преодолеть описанные расстройства под контролем слуха, однако его усилия обычно ведут к нарастанию гипертонии мышц и, следовательно, к усилению хриплости голоса, гнусавости, дефектов артикуляции, пропуску согласных при стечении, недоговариванию концов слов, замедлению темпа речи, нарушениям ее плавности и модулированности
Корковая апраксия (экстрапирамидная)	Одностороннее поражение коры доминантного (обычно левого) полушария мозга, а именно нижних отделов премоторных полей	Кинетическая артикуляторная апраксия	Наблюдается распад ритмических слоговых структур слов, возрастают напряженность речи, степень ее локализации. Темп речи замедляется, появляются персеверации (перестановки) и замены щелевых согласных в составе слога на смычные, звонких – на глухие, мягких – на твердые. Стечения согласных упрощаются за счет пропусков; аффрикаты расщепляются на составные звуки
Подкорковая (экстрапирамидная)	Разнообразные поражения экстрапирамидных ядер и их связей	Вопросы патогенеза дизартрии мало разработаны, однако несомненно связь с распадом или расстройствами использования	Расстройства речевой просодики: темпа, плавности, громкости речи, высоты и тембра голоса, акцентуации и мелодики. Диспросодические суперсегментные расстройства взаимно компенсируются

Дизартрия	Очаг поражения мозга	Патогенез	Клинические проявления
	с другими структурами мозга, в частности с корой головного мозга	в акте речи врожденных синергий, что делает речь напряженной и неплавной	мозга связаны с расстройствами сегментными, нарушены звуковая сторона речи, вынятность и членораздельность. Могут быть выделены еще недостаточно изученные клинические синдромы
Мозжечковая	Поражения мозжечка и его связей с другими структурами мозга	Статическая и динамическая атаксия речевых движений	Речь скандированная, недостаточно вынятная, искажаются ее нормативные характеристики, часто напоминает речь «пьяного» человека
Подкорковая (экстрапирамидная)	Разнообразные поражения экстрапирамидных ядер и их связей с другими структурами мозга, в частности с корой головного мозга	Вопросы патогенеза дизартрии мало разработаны, однако несомненно связь с распадом или с расстройствами использования в акте речи врожденных синергий, что делает речь напряженной и неплавной	Расстройства речевой просодики: темпа, плавности, громкости речи, высоты и тембра голоса, акцентуации и мелодики. Диспросодические суперсегментные расстройства взаимно компенсируются
Мозжечковая	Поражения мозжечка и его связей с другими структурами мозга	Статическая и динамическая атаксия речевых движений	Речь скандированная, недостаточно вынятная, искажаются ее нормативные характеристики, часто напоминает речь «пьяного» человека

ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ Министерства Здравоохранения РФ № 928н от 15.11.2012 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения».
2. Логопедическая диагностика и реабилитация пациентов с повреждениями головного мозга в остром периоде: клинич. рекомендации / Национальная ассоциация по борьбе с инсультом – М., 2014.
3. Авдюнина И.А. Лечение и реабилитация нарушений глотания при заболеваниях нервной системы. 2008.
4. Бадалян Л.О. Невропатология. Учебник для ВУЗов. 2-е изд. – М.: Просвещение, 1987.
5. Белякова Л.И., Волоскова Н.Н. Логопедия. Дизартрия.– М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2009.
6. Винарская Е.Н. Дизартрия. – М.: АСТ:Астрель, 2009.
7. Винарская Е.Н. и Пулатов А.М. Дизартрия и ее топико-диагностическое значение в клинике очаговых поражений мозга, Ташкент, 1973.
8. Евзльман М.А. Нарушения речи у больных с мозговым инсультом и ее коррекция. Учебно-методическое пособие для врачей. Орел, 2006 г.
9. Камаева О.В., Полина Монро, Буракова З.Ф. и др. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Методическое пособие. Часть 1. Организация Инсультного Блока / Под ред. А.А. Скоромца. – СПб., 2003.
10. Панченко И.И., Щербакова Л.А. Медико-педагогическая характеристика детей с дизартрическими расстройствами и анартрией, страдающих церебральными параличами и особенности логопедической работы // Нарушение речи и голоса у детей и взрослых. – М.: МГПИ им. В.И. Ленина, 1975.
11. Правдина О. В. Логопедия. / Учеб. пособие для студентов дефектолог. фак-тов пед. ин-тов. Изд. 2-е, доп. и перераб. – М.: «Просвещение», 1973.
12. Ранняя реабилитация больных с инсультом: Методические рекомендации №44. – М.: Изд-во РУДН, 2004, – 40 с.: ил.
13. Рекомендации по ведению больных с ишемическим инсультом и ТИА, 2008 исполнительный комитет европейской инсультной организации (ESO) и авторский комитет ESO.
14. Стаховская Л.В., Котов С.В. Инсульт. Руководство для врачей. – МИА, 2013.