

КЛІНІЧНИЙ ОГЛЯД РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ ДИСФАГІЇ

Романишин М. Я.

Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янчука

Анотація. Проаналізовано механізми виникнення порушення ковтання внаслідок перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу. Розглянуто методи оцінки дисфагії, її поширеність серед населення. Зроб-

© Романишин М. Я., 2011

лено огляд науково-доказової практики фізично-реабілітаційного втручання в пацієнтів, які мають дисфагію. Стаття орієнтована на ефективність використання певних вправ і прийомів для ліквідації негативних наслідків дисфагії.

Ключові слова: фізична реабілітація, інсульт, дисфагія.

Анотація. Романишин Н. Я. Клинический обзор реабилитационного вмешательства при дисфагии. Проанализированы механизмы возникновения нарушения глотания вследствие перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения. Рассмотрены методы оценки дисфагии, ее распространенность среди населения. Сделан обзор научно-доказательной практики физически-реабилитационного вмешательства у пациентов, имеющих дисфагию. Статья ориентирована на эффективность использования определенных упражнений и приемов для ликвидации последствий дисфагии.

Ключевые слова: физическая реабилитация, инсульт, дисфагия.

Abstract. Romanyshin M. Clinical review of rehabilitation interventions for dysphagia. The article analyzes the mechanisms of swallowing due to violations of acute cerebrovascular accident. The methods of evaluation of dysphagia and its prevalence in the population. An overview of scientific evidence-based practice of physical therapy intervention in patients with dysphagia. Article focuses on the effectiveness of certain exercises and techniques to manage the consequences of dysphagia.

Key words: physical therapy, stroke, dysphagia.

Постановка проблеми. Інсульт (від лат. Insulto – «скачу, стрибаю»), також удар – гостре порушення мозкового кровообігу, що спричинює ушкодження тканин мозку й розлади його функцій.

На сьогодні науковцями відмічається значне зменшення середнього віку хворих на цей недуг. Також, що вихідці з регіонів колишнього СРСР, Східної Європи, Південної та Середньої Азії мають найбільший ризик виникнення інсультів. Найнижчий ризик спостерігається в популяції країн Західної Європи та регіону Тихого океану [7].

Дисфагія (від дис. та грец. Phagōin – «їсти, ковтати») – розлад акту ковтання. Дисфагія дуже негативно впливає на якість життя пацієнта, призводить до важких наслідків з боку дихальної системи, зневоднення, кахексії.

За даними різних авторів, від 25 до 65 % пацієнтів, які потрапили на стаціонарне лікування в гострому періоді, мають дисфагію [1]. Найбільшу поширеність дисфагія має серед людей азіатського походження. Всі інші раси уражаються однаково [6].

Дослідження виконано відповідно до Зведеного плану НДР у сфері фізичної культури і спорту на 2006–2010 рр., тема 3.2.3 «Формування і відновлення здоров'я людей різного віку в процесі фізичного виховання і фізичної реабілітації».

Мета – проаналізувати клінічні огляди науково-доказової практики з фізичної реабілітації для визначення ефективних вправ для пацієнтів з дисфагією.

Результати дослідження. Ковтання – складний рефлекторний акт. Протягом доби людина робить до 1200 ковтальних рухів, з яких біля 350 не пов'язані з прийомом їжі або води. Механізм ковтання реалізується у вигляді рефлекторного ланцюга, який утворює рефлекторну дугу, до складу якої входять: чутливі волокна IX і X пар черепно-мозкових нервів, чутливе ядро одиночного шляху, рухові подвійне ядро, рухові волокна IX і X пар черепно-мозкових нервів. Щоб краще зрозуміти механізм виникнення дисфагії, необхідно розглянути функціонування ковтання в нормі.

При нормальному ковтанні виділяють чотири фази механізму ковтання [2]:

- орально-підготовча фаза;
- орально-трансферна фаза;

- фарингіальна фаза;
- езофарингіальна фаза.

Усі вищезазначені фази взаємозалежать одна від одної та висококоординовані.

Орально-підготовча фаза (довільна). Їжа або рідина поміщаються в ротову порожнину, губи змикаються (попереджуючи випадіння їжі або рідини), їжа жується, змішується зі слиною, формується харчовий грудка (болус) за допомогою язика, щік, піднебіння. Тривалість фази залежить від консистенції їжі. Задіяні V, VII, XII пари черепних нервів.

Орально-трансферна (ротова) фаза (довільна). Ініціюється, коли починається задні рухи язика до болюсу, назальна порожнина закривається за рахунок піднімання м'якого піднебіння, болус рухається вперед за допомогою язика до задньої поверхні ротової порожнини, запускається ковтальний рефлекс. Тривалість приблизно 1 с. Задіяна XII пара черепних нервів.

Фарингіальна (глоткова) фаза (абсолютно підсвідомо). Починається із запуску ковтального рефлексу, гортань піднімається та нахилиється вперед, що призводить до опускання надгортанника й змикання голосових зв'язок для попередження потрапляння їжі та рідини в дихальні шляхи, дихання припиняється, язик рухаючись створює тиск, що приводить болус у глотку та відкриває верхню частину езофагального сфінктера, їжа переходить у стравохід. Тривалість – 1–2 с. Задіяні IX, X, XI пари черепних нервів.

Езофагальна (стравохідна) фаза (підсвідомо). Верхній сфінктер стравоходу закривається, попереджуючи потрапляння їжі в дихальні шляхи, їжа рухається вниз у шлунок за допомогою гладкої мускулатури. Тривалість – 8–20 с. Задіяна X пара черепних нервів.

Шкала для оцінки симптоматики в пацієнта:

0 – дисфагії немає (нормальна дієта без обмежень);

- 1 – можливість ковтати рідку їжу та рідину;
- 2 – можливість ковтати тільки рідину;
- 3 – труднощі з ковтанням рідини або слини;
- 4 – повна дисфагія.

Для виявлення дисфагії використовують наступні методи дослідження:

- відеофлюороскопія;
- фарингіальна або езофагіальна манометрія;
- фіброоптична ендоскопічна оцінка функції

ковтання.

Більшість з цих методів потребують дорогого устаткування й спеціального навчання персоналу та майже недоступні для застосування в регіональних лікарнях.

В. В. Рокошевська виділяє ознаки, які вказують на високий ризик виникнення проблем під час ковтання:

- важкий інсульт (зниження рівня свідомості, слабкість і втрата контролю над тулубом, афазія, геміанопсія, неухважність);
- похилий вік;
- порушення свідомості;
- слабкість м'язів обличчя (ушкодження VII пари черепних нервів);
- слабкий довільний кашель чи його відсутність;
- вологий чи булькаючий голос;
- дані про інфекційний процес у легенях;
- зниження чутливості глотки [3].

Фізичному реабілітологу доводиться доволі часто мати справу з таким контингентом хворих. Якщо в західній моделі мультидисциплінарного підходу до реабілітації післяінсультних пацієнтів є спеціальність *speech therapist*, яка відповідає не лише за роботу з афазією, але й дисфагією, то в Україні, на жаль, такої спеціальності взагалі не існує.

Виявлено, що порушення певних етапів ковтання залежить від рівня ураження:

- каудальний відділ ствола мозку (продовгуватий мозок) – значна ротоглоткова дисфагія;
- оральний відділ ствола мозку (міст) – затримка початку фази ковтання;
- ліва півкуля кори головного мозку – затримка ініціації ротового ковтання та легка затримка в проходженні в роті й початку фази ковтання;
- права півкуля головного мозку – легка затримка в проходженні в роті та помірна глоткова затримка [2].

Проаналізуємо клінічні огляди щодо можливості фізичної реабілітації при дисфагії. Клінічний огляд науково-доказової реабілітації вказує, що можливо застосовувати три прийоми:

- маневр Мендельсона;
- маневр Масако;
- вправи Шейкер [4].

Маневр Мендельсона передбачає підняття гортані або за допомогою руки під час ковтання, або за допомогою м'язів шиї і намагатись утримувати таке положення протягом 2 с, кількість повторень – 5 разів. Вправа виконується без їжі в ротовій порожнині. Пацієнт ковтає власну слину. Такий маневр дозволяє закрити дихальні шляхи та відкрити стравохід для ковтання (див. рис. 1).

Маневр Масако є виключно вправою і його не можна використовувати для ковтання нічого іншого окрім слини. Для здійснення маневру необхідно висунути язик між передніми зубами та зробити ковтальний рух. Така вправа дозволяє зміцнити м'язи глотки, відповідальні за ковтальні рухи. Дуже часто вона викликає незручності в пацієнтів (див. рис. 2).

Вправи Шейкер передбачають дві частини. Перша частина:

- Лягти на кушетку або рівну поверхню горизонтально повністю.
- Не відриваючи плечей від поверхні нахилити

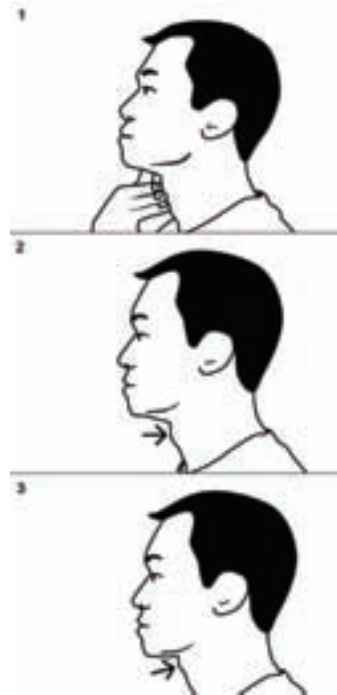


Рис. 1. Маневр Мендельсона

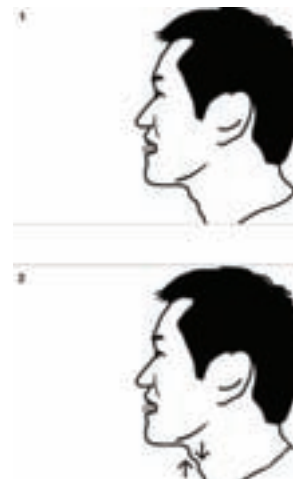


Рис. 2. Маневр Масако

голову та подивитись на пальці ніг.

- 60 с утримувати таке положення, після чого наступні 60 с – відпочинок.

- Повторити тричі.

Друга частина вправи Шейкер:

- Вихідне положення таке саме, лежачи на кушетці або підлозі.
- Не відриваючи плечей від поверхні, нахилити голову та подивитись на пальці ніг і негайно опустити голову.

- Повторити 30 разів.

Необхідно повторювати вправи Шейкер від 5 до 10 разів на день протягом декількох місяців.

Огляди науково-доказової практики підтверджують ефективність описаних вище методів [8].

Необхідно зазначити, що головним у веденні пацієнтів з дисфагією є корекція дієти: вилучення з раціону рідкої їжі та заміщення її на желеподібну – желе, пюре. В окремих важких випадках показаний назогастральний зонд. Таким чином, впровадження у власну

практику науково-доказової практики щодо пацієнтів, які мають дисфагію, дозволить фізичному реабілітологу підвищити якість надаваних послуг.

Висновок. На сьогодні використовується три види вправ: маневри Мендельсона та Масако, впра-

ви Шейкер. Упровадження в практичну діяльність в Україні вправ для пацієнтів з дисфагією значно покращить якість життя вищезазначеної категорії населення.

Література:

1. Винничук С. М. *Нейрогенная ротоглоточная дисфагия в остром периоде мозгового инсульта* : [електронний ресурс]. / Винничук С. М. // *Здоров'я України* : [медична газета]. – 2008. – № 12/1. – Режим доступу до ресурсу: <http://health-ua.com/articles/2863.html>
2. Камаева О. В. *Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных* : [методическое пособие] / [О. В. Камаева, П. Монро, З. Ф. Буракова] / Ч. 3 : *Логопедия. Глотание*. – Санкт-Петербург, 2003. – 25 с.
3. Рокосшевська В. В. *Фізична реабілітація хворих після перенесеного мозкового геморагічного інсульту в умовах стаціонару* : [дис. канд. наук з фіз. виховання і спорту : 24.00.03] / Рокосшевська В. В. – Л., 2010. – С. 217–236.
4. *EBRSR: Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation. Dysphagia* : [електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу : http://www.ebrsr.com/uploads/Module-15_Dysphagia.pdf
5. *EBRSR: Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation* : [електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу : <http://www.ebrsr.com/>
6. *National library of medicine, National institute of health. 2011 March 31. Racial Disparities in the Development of Dysphagia After Stroke: Further Evidence From the Medicare Database.* Bussell SA, González-Fernández M. Ben-Gurion University of the Negev, Medical School for International Health, Faculty of Health Sciences, Beer-Sheva, Israel : [електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21457943>
7. *National library of medicine, National institute of health. Dassanayake J, Gurrin L, Payne WR, Sundararajan V, Dharmage S. Asia Pac J Public Health. 2011 Apr 13. Is Country of Birth a Risk Factor for Acute Hospitalization for Cardiovascular Disease in Victoria, Australia?* : [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21490109>
8. *StrokEngine Dysphagia Quick Review of Effectiveness* : [електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу : <http://strokengine.ca/index.php?page=topic&subpage=quick&id=56>