

## ПРОБЛЕМИ ХАРЧУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ, ОСОБЛИВОСТІ СЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ ТА ГОДУВАННЯ

О. В. Майборода<sup>1</sup>, О. Л. Сидоренко<sup>2</sup>

<sup>1</sup>КЗ «Запорізька центральна районна лікарня»  
<sup>2</sup>ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

У статті розглянуто проблеми харчування пацієнтів із мозковим інсультом та проведення скринінгу для виявлення дисфагії. Розглянуто основні моменти, на які необхідно звертати увагу при наданні допомоги та для профілактики ускладнень при порушенні ковтання після мозкового інсульту.

## NUTRITION PROBLEMS OF PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE, SPECIFICS OF NURSING CARE AND FEEDING

O. V. Maiboroda<sup>1</sup>, O. L. Sydorenko<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zaporizhzhia Central District Hospital  
<sup>2</sup>I. Horbachevsky Ternopil State Medical University

The article deals with nutrition problems of patients with cerebral stroke and with screening issues of dysphagia diagnostics. Investigates the main points which have to be addressed in help providing and preventing complications in case of impaired swallowing after a cerebral stroke.

**Вступ.** Дисфагія – це порушення фізіологічного акту ковтання. Нейрогенна дисфагія досить часто виникає після гострого порушення мозкового кровообігу і значно ускладнює клінічний перебіг основного захворювання. Поширеність розладів ковтання після інсульту складає 20–64 %, що робить його одним із найчастіших постінсультних порушень [3].

Приблизно 11,6 % пацієнтів у період реабілітації після інсульту потребують призначення зондового харчування [13]. Дисфагія не тільки негативно впливає на якість життя пацієнта після інсульту, а і дуже часто призводить до появи грізного ускладнення з боку респіраторної системи – аспіраційної пневмонії. Крім того, порушення ковтання призводить до зневоднення, розладів енергетичного обміну і патологічного схуднення. Проблема недоїдання виявляють майже у третини пацієнтів із дисфагією вже на 2 тижні госпіталізації. Усі ці ускладнення ротоглоткової дисфагії погіршують та значно поглиблюють ступінь інвалідизації пацієнтів після перенесеного інсульту [4].

**Основна частина.** Забезпечення харчування пацієнтів із гострим порушенням кровообігу потребує від медичної сестри великої уваги, знань та навичок.

Усі пацієнти з інсультом для запобігання вторинних ускладнень дисфагії потребують раннього виявлення проблем із ковтанням. Для цього хворому якнайшвидше (як тільки це дозволить його стан) до початку перорального приймання препаратів, рідини або їжі, але не пізніше 24 год із моменту госпіталізації, необхідно здійснити скринінг дисфагії.

Мета обстеження:

- оцінка рівня свідомості пацієнта і його здатності брати участь в обстеженні, а також оцінка ступеня постурального контролю (здатності сидіти у вертикальному положенні самостійно або з підтримкою), що зумовлює в цілому можливість годування пероральним шляхом;
- спостереження за гігієною порожнини рота і ступенем контролю оральної секреції;
- спостереження за проявами порушень ротоглоткової фази ковтання (задишка, кашель, «вологий» голос);

– оцінка якості голосу пацієнта, функції м'язів і чутливості порожнини рота і початкових відділів глотки, можливості кашляти;

– за необхідності – проводять тести з водою для перевірки функції ковтання (для оцінки аспіраційного ризику) [5].

У світовій практиці використовують велику кількість скринінгових тестів. Єдиний загальноприйнятий тест не визначений, проте тести GSS (Gugging Swallowing Screen (2007)) і TOR-BSST (Toronto Bedside Swallowing Screening Test (2009)) показали найбільшу чутливість і специфічність [1, 5]. При цьому використання в тесті 8 або 10 чайних ложок води підвищує чутливість тесту TOR-BSST з 79 % (95 % ДІ 70–86), при використанні 5 ложок до 92 % (95 % ДІ 85–96) і 96 % (95 % ДІ 90–99) – при використанні 8 або 10 ложок відповідно [5].

В Україні, відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Інсульти ішемічний (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація)» (2012), тест на порушення функції ковтання виконує лікуючий лікар або медичні сестри, які пройшли навчання з використання цих тестів, за спеціальною картою з одночасним заповненням протоколу проведення скринінгу. Скринінг дисфагії проводять біля ліжка пацієнта. Він полягає в оцінці рівня свідомості пацієнта і його здатності взяти участь в обстеженні, оцінці ступеня постурального контролю (пацієнт здатний сидіти у вертикальному положенні – при підтримці або самостійно). Порушення свідомості та постурального контролю унеможливають подальший скринінг. У цьому випадку пацієнта необхідно годувати не пероральним, а ентеральним шляхом до наступного скринінгу.

Моніторинг порушень ковтання повинен проводитися щодня протягом усього періоду госпіталізації, тому що порушення ковтання можуть розвинути у відтермінований період. Найчастіше при інсультах здатність безпечного ковтання відновлюється від декількох днів до декількох тижнів (у більшості випадків – до 3 місяців), що багато в чому зумовлене функціональною реорганізацією моторної кори неушкодженої півкулі.

За результатами скринінгу лікар або дозволяє пацієнту споживати їжу через рот, або визначає інші способи харчування. Споживання їжі через рот можливе тільки для пацієнтів, які можуть ковтати маленькі порції води за командою та в яких збережений кашльовий рефлекс. У разі заборони споживання їжі

через рот весь персонал, який працює з пацієнтом, а також його родичі повинні бути повідомлені про таку заборону.

Якщо під час скринінгу були виявлені порушення ковтання, проводять подальшу повну його оцінку з уточненням характеру та тяжкості порушень. Повна клінічна оцінка ковтання містить детальний контроль фаз ковтання, руховий та чутливий статус органів ротової порожнини, аналіз даних анамнезу тощо [6]. «Золотим стандартом» для виявлення дисфагії на сьогодні вважають додаткове інструментальне обстеження – відео- та/або флюороскопічну оцінку ковтання.

При встановленому високому ризику розвитку аспірації та неможливості безпечно задовольнити потреби хворого у харчуванні. Пацієнтам із порушенням ковтання впродовж першої доби необхідно встановити назогастральний зонд і ввести тестову дозу ентерального харчування. Встановлено, що раннє ентеральне харчування супроводжується тенденцією до покращення результатів лікування [7, 8].

Випадки недостатнього харчування спостерігають у 50 % пацієнтів із гострим порушенням мозкового кровообігу [1]. Тому пацієнтам з інсультом необхідний контроль маси тіла та нутритивного статусу в процесі лікування.

Встановлення назогастрального зонда пацієнту, який перебуває у свідомому стані та поведінка якого адекватна, проводить спеціально підготовлена медична сестра [9]. Бажано встановлювати зонд із рентгеноконтрастною смужкою. У тому випадку, якщо він встановлений пацієнту в несвідомому стані або є необхідність підтвердження правильного встановлення, можливе проведення рентгенологічного контролю положення зонда.

Мета ентерального харчування:

– задовольнити добову потребу пацієнта в рідині. Добова потреба пацієнта у рідині складає 30–35 мл/кг маси тіла (без врахування патологічних втрат, наприклад у разі гіпертермії, блювання, діареї тощо);

– задовольнити добову потребу пацієнта в калоріях та поживних речовинах. Добову потребу в калоріях розраховують за формулою:

$1,2 \times (655,1 + 9,56 \times \text{маса тіла (кг)} + 1,85 \times \text{зріст (см)} - 4,68 \times \text{вік (років)})$ , що приблизно становить 30–35 ккал/кг/добу. Споживання білків має бути на рівні 1–1,2 г/кг/добу;

– моніторинг нутритивного статусу пацієнтів, які перебувають у тяжкому стані, необхідно контролювати за допомогою оцінювання показників крові (рівень альбуміну та преальбуміну, кількості лімфоцитів);

– медикаментозне лікування проводять відповідно до медико-технологічних документів. У разі закріпив необхідно призначити препарати лактулози (20–80 мл на добу), проносні засоби та очисні клізми [1].

Під час ентерального годування потрібно враховувати наступне:

– введення в зонд великих об'ємів висококонцентрованих і високоосмолярних поживних сумішей може супроводжуватися розвитком низки ускладнень. Найчастішими серед них є виражені диспептичні розлади і діарея, порушення евакуації їжі зі шлунка й аспірація шлункового вмісту, розвиток гіперглікемії. При проведенні ентерального харчування варто уникати продуктів, які спричиняють метеоризм. Хворим, які страждають від закріпив, необхідно давати послаблювальні та періодично призначити гіпертонічні клізми;

– для попередження аспірації шлункового вмісту при повному введенні розрахункових потреб в ентеральному харчуванні головний кінець ліжка слід підняти на 30° (до 45°);

– введення їжі краще проводити шляхом постійної інфузії, а не болюсно, а також на тлі використання прокінетиків;

– при виникненні діареї слід виявити її етіологічний чинник. Таким пацієнтам призначають суміші, що містять розчинні волокна або невеликі пептиди [10].

Методи з попередження ускладнень та відновлення нормального ковтання;

– модифікація консистенції їжі та напоїв;  
– стратегії безпечного ковтання;  
– оптимізація положення пацієнта з інсультом під час споживання їжі.

Хворим із порушенням функції ковтання різної тяжкості або частковим його відновленням після зондового харчування показано призначення дієти згідно з класифікацією L. L. Mann та співавт. [11], за якою передбачено застосування 7 типів їжі різної консистенції: нектароподібні рідини; медоподібні рідини; рідини/їжа консистенції пудингу; проста гомогенна їжа; тип їжі, що потребує щільного пережовування; розсипчаста їжа; продукти змішаної консистенції.

Пацієнту з тяжкістю дисфагії здебільшого показаний 2 тип дієти – медоподібні рідини: в'язкий йогурт,

апельсиновий сік із м'якоттю тощо. Об'єм їжі та кратність годування визначають згідно з індивідуальними потребами пацієнта.

Після регресування дисфагічних проявів до помірного рівня пацієнту розширюють спектр доступних дієт, включно різні типи консистенцій: 2 тип – медоподібні рідини: в'язкий йогурт, апельсиновий сік із м'якоттю; 3 – рідини/їжа консистенції пудингу: бананове пюре, змочені пластівці; 4 – проста гомогенна їжа: варене біле м'ясо, банани.

Пацієнтам із незначними проявами дисфагічних порушень до харчового раціону, крім вищеперерахованих 2, 3 і 4 типів, додають ще й 1 тип дієти (нектароподібні рідини: томатний сік, сметанный суп), а також 5 (їжа, що потребує щільного пережовування, сир, піца). Пацієнт сам обирає ту чи іншу консистенцію та кількість їжі, яка буде оптимальною для нього. Після повного відновлення функції ковтання пацієнт повертається до звичного харчового режиму [12].

**Висновки.** 1. Усі пацієнти з ішемічним інсультом для запобігання вторинних ускладнень дисфагії потребують раннього виявлення проблем із ковтанням. Для цього хворому якнайшвидше, як тільки це дозволить його стан, до початку перорального приймання препаратів, рідини або їжі, але не пізніше 24 год із моменту госпіталізації, необхідно здійснити скринінг дисфагії.

2. Тест на порушення функції ковтання виконують медичні сестри, які пройшли навчання з використанням цих тестів, за спеціальною картою з одночасним заповненням протоколу проведення скринінгу.

3. Усім хворим із вираженими порушеннями ковтання впродовж першої доби повинен бути встановлений назогастральний зонд для проведення адекватного ентерального харчування. Іншим хворим призначають спеціальну дієту, що враховує індивідуальні потреби пацієнта.

4. Медсестра інсультної команди повинна здійснювати щоденний моніторинг дисфагії, харчового статусу хворого, проводити і контролювати ефективність ентерального харчування.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гострі порушення мозкового кровообігу. Ішемічний інсульт : Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги. – К., 2012. – С. 35–38.

2. Сучасні принципи діагностики та лікування хворих із гострим ішемічним інсультом та ТІА : Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. – К., 2012. – С. 85.

3. Громова Д. О. Нарушения глотания после инсульта / Д. О. Громова, В. В. Захаров // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2015. – № 7 (4). – С. 50–56.
4. Волосовець А. О. Нейрогенна ротоглоткова дисфагія у пацієнтів із супратенторіальним мозковим інсультом / А. О. Волосовець // Український неврологічний журнал. – 2013. – № 1. – С. 49–56.
5. Сорокин Ю. Н. Нарушения глотания при инсультах. Методы исследования глотательной функции / Ю. Н. Сорокин // Медицина невідкладних станів. – 2015. – № 3 (66). – С. 139–143.
6. Logemann J. A. A screening procedure for oropharyngeal dysphagia / J. A. Logemann, S. Veis, L. Colangelo // Dysphagia. – 1999. – Vol. 14 (1). – P. 44–51.
7. The Toronto bedside swallowing screening test (TOR-BSST): Development and validation of a dysphagia screening tool for patients with stroke / R. Martino, F. Silver, R. Teasell [et al.] // Stroke. – 2009. – Vol. 40. – P. 555–561.
8. Massey R. The Massey Bedside Swallowing Screen / R. Massey, D. Jedlicka // J. Neurosci. Nurs. – 2002. – Vol. 34 (5). – P. 252–253; 257–260.
9. Протокол медичної сестри (фельдшера, акушерки) із виконання зондових процедур : наказ МОЗ від 01.06.2013 р. № 460.
10. Сучасні принципи діагностики та лікування хворих із гострим ішемічним інсультом та ТІА: Адапована клінічна настанова, заснована на доказах. – К., 2012. – С. 108.
11. Mann L. L. Development of an objective method for assessing viscosity of formulated foods and beverages for the dysphagic diet / L. L. Mann, K. Wong // J. Am. Diet. Assoc. Jun. – 1996. – 96(6). – P. 585–593.
12. Віничук С. М. Корекція рото-глоткової дисфагії в гострий період мозкового інсульту / С. М. Віничук, А. О. Волосовець // Міжнародний неврологічний журнал. – 2010. – № 2 (32).
13. Predictors of survival after severe dysphagic stroke / G. W. Ickenstein, J. Stein, D. Ambrosi, R. Golstein // J. Neurol. – 2005. – Vol. 252. – P. 1510–1516.

Отримано 16.08.18