

**ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный специалист
по медицинской реабилитации и
санаторно-курортному лечению
Департамента здравоохранения
города Москвы, д.м.н.



И.В. Погонченкова

«27» июня 2025 г.

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертным советом по науке
Департамента здравоохранения
города Москвы № 10



2025 г.

**МЕДИКО-ЛОГОПЕДИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ
С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В ПРОЦЕССЕ
МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Методические рекомендации № 5А

УДК 61 (616.831-005)

ББК 56.127

М42

Организация–разработчик: Государственное автономное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины имени С.И. Спасокукоцкого Департамента здравоохранения города Москвы»

Авторы: **Костенко Е.В.** – д.м.н., профессор, заместитель директора по науке ГАУЗ МНПЦ МРВСМ им. С. И. Спасокукоцкого ДЗМ

Погонченкова И.В. – д.м.н., доцент, директор ГАУЗ МНПЦ МРВСМ им. С. И. Спасокукоцкого ДЗМ

Титова А.В. – мл. науч. сотр., медицинский логопед ГАУЗ МНПЦ МРВСМ им. С. И. Спасокукоцкого ДЗМ

Малюкова Н.Г. – к. псих. н., науч. сотр. ГАУЗ МНПЦ МРВСМ им. С. И. Спасокукоцкого ДЗМ

Комлев Д.Ю. – науч. сотр. ГАУЗ МНПЦ МРВСМ им. С. И. Спасокукоцкого ДЗМ

Рецензенты: **Мельникова Е.А.** - д.м.н., руководитель отделения физиотерапии и реабилитации, профессор кафедры физиотерапии и реабилитации ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского».

Иванова Е.Г. – к.псих.н., доцент кафедры клинической психологии Института клинической психологии и социальной работы ФГАОУ ВО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова" Минздрава России (Пироговский университет)

Медико-логопедическое сопровождение пациентов с последствиями ишемического инсульта в процессе медицинской реабилитации: методические рекомендации/Методические рекомендации. – Е.В. Костенко, И.В. Погонченкова, А.В. Титова, Н.Г. Малюкова, Комлев Д.Ю. – Москва. – М.: ГАУЗ «МНПЦ МРВСМ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ», 2025. –35 с.

Предназначение: Методические рекомендации адресованы медицинским логопедам, медицинским психологам, врачам физической реабилитационной медицины, врачам-неврологам, другим специалистам медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, деятельность которых связана с диагностикой, лечением и профилактикой инсульта, а также студентам, аспирантам, клиническим ординаторам, научным работникам научно-практических учреждений.

Методические рекомендации выполнены в соответствии с Государственным заданием на 2023–2025 гг. «Научное обеспечение столичного здравоохранения» в рамках темы НИР «Совершенствование методов медицинской реабилитации для восстановления или замещения нарушенных функций у пациентов с заболеваниями центральной, периферической нервной системы, заболеваниями и травмами опорно-двигательного аппарата» (регистрационный номер 123041200084-9), заказчик Департамент здравоохранения города Москвы.

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

ISBN:

© Департамент здравоохранения города Москвы, 2025

©ГАУЗ «МНПЦ МРВСМ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ», 2025

© Коллектив авторов, 2025

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений, условных обозначений	4
Термины и определения	5
Нормативные акты, регулирующие систему оказания медико-логопедической помощи пациентам с последствиями ишемического инсульта	6
Введение	7
1. Виды и формы нарушений речи и глотания, возникающие вследствие ишемического инсульта	8
2. Цель, задачи и структура медико-логопедического сопровождения пациентов с инсультами	11
3. Структура медико-логопедического обследования	13
3.1. Оценка функции глотания	13
3.2. Исследование речи и голоса	15
4. Общие аспекты медико-логопедической диагностики	16
5. Оценка речи, голоса и глотания в категориях МКФ	17
6. Программы и методы медико-логопедической реабилитации пациентов с ишемическими инсультами	21
6.1. Медико-логопедическая реабилитация пациентов с дисфагией	21
6.2. Медико-логопедическая реабилитация при дизартрии	22
6.3. Медико-логопедическая реабилитация при дисфонии	24
6.4. Медико-логопедическая реабилитация при афазии	24
7. Ключевые аспекты медико-логопедической реабилитации	26
8. Критерии эффективности медико-логопедического сопровождения	28
Заключение	30
Список использованных источников литературы	31
Приложения	34

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ, УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ИИ	– ишемический инсульт
МДРК	– междисциплинарная реабилитационная команда
МКФ	– Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья
МР	– медицинская реабилитация
ПИТС синдром)	(ПИТ- – синдром последствий интенсивной терапии
СМА	– средняя мозговая артерия
СТГ	– скрининговое тестирование глотания/тест трёх глотков
ФРМ	– физическая и реабилитационная медицина
V-VST	– Volume-Viscosity Swallow Test (V-VST); Объемно-вязкостный тест глотания/Тест оценки глотания с продуктами различной плотности и объема

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Анартрия – наиболее тяжелая степень дизартрии, при которой практически отсутствуют голосовые реакции и возможность произносить звуки речи из-за паралича речедвигательных мышц.

Аудитивная оценка голоса – оценка характеристик голоса с помощью слуха специалиста.

Афазия – системное нарушение уже сформированной речи, проявляющееся в полной или частичной утрате способности пользоваться языковыми средствами, обусловленное органическим повреждением коры больших полушарий головного мозга.

Афония – полное отсутствие голоса.

Аспирация – попадание инородного тела (пищи, жидкости и др.) в дыхательные пути.

Видеофлюороскопия – динамическое рентгеноскопическое исследование акта глотания, при котором производится оценка движения структур организма, участвующих в глотании.

Дизартрия – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации мышц речевого аппарата.

Дисфония – расстройство голосовой функции, обусловленное патологическим состоянием органов голосообразования.

Дисфагия – обозначение нарушения функции глотания, при котором отмечается дискомфорт или затруднение продвижения пищи из полости рта в желудок.

Ишемический инсульт – инфаркт мозга – нарушение мозгового кровообращения, возникающее вследствие прекращения или значительного уменьшения кровоснабжения участка мозга – локальной ишемии.

Медико-логопедическая процедура – это комплекс мероприятий, направленных на восстановление и коррекцию речи, голоса и глотания, который проводит медицинский логопед.

Нейромышечная электрофонопедическая стимуляция – низкочастотная импульсная электротерапия, воздействующая на мышцы гортани, в сочетании с фонопедическими упражнениями.

Синдром последствий интенсивной терапии (ПИТ-синдром) – совокупность ограничивающих и снижающих качество повседневной жизни пациента соматических, неврологических и социально-психологических последствий пребывания в условиях ОАРИТ более 72 часов и требующих реабилитации.

Реабилитация – система мероприятий, направленных на преодоление дефекта, приводящего к развитию инвалидности больного, на приспособление его к самообслуживанию и трудовой деятельности в новых условиях, возникших вследствие болезни.

Фиброларингоскопия (ФЛС) – исследование гортани и глотки с помощью гибкого эндоскопа с видеокамерой на конце, что позволяет визуализировать на мониторе носоглотку, нос, слуховые трубы, околоносовые пазухи, аденоиды, надгортанник, голосовые складки, подскладочное пространство, часть трахеи.

НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ, РЕГУЛИРУЮЩИЕ СИСТЕМУ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых»
3. Национальный стандарт Российской Федерации. Протокол ведения больных. Инсульт. Protocol for patient's management. Stroke ОКС 11 160 ОКП 94 4000 Дата введения 2009-09-01
4. Клинические рекомендации – Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака. Взрослые/дети. 2024.
5. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение дисфагии при заболеваниях центральной нервной системы. (Москва, 2013)
6. Клинические рекомендации для логопедов. Логопедическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями речи, голоса и глотания в остром периоде. (Москва, 2016)

ВВЕДЕНИЕ

ИИ составляют по разным данным 65%–85% всех случаев острых нарушений мозгового кровообращения [1, 2, 17, 29] и являются причиной серьезных функциональных нарушений организма, таких, как двигательные, речевые, психологические и эмоционально-волевые расстройства.

Нарушения речи являются вторым по значимости и распространенности постинсультным синдромом после двигательных расстройств [1, 23, 34] и нередко сочетаются с нарушением жизненно важной функции глотания.

Постинсультная дисфагия является фактором, влияющим на состояние витальных функций организма человека, что обуславливает необходимость своевременного ее выявления, контроля и преодоления.

ИИ характеризуются преобладанием очаговой симптоматики [1], развитием в большинстве случаев в каротидном бассейне, до 75% – в бассейне СМА, снабжающей кровью теменные, височные и заднелобные конвекситальные отделы мозга [14], высокой степенью проявления корковых нарушений. При ишемических поражениях мозга в левой (доминантной) гемисфере нередко отмечаются дисфункции речи в форме афазии и другие специфические нарушения высших психических функций (апраксия, алексия, акалькулия и др.). При ИИ в вертебробазиллярной артериальной системе в неврологической клинике наблюдаются нарушения речи и голоса в форме дизартрии и дисфонии, а также нарушение глотания [1].

Дисфункции речи и глотания приводят к нарушению таких значимых категорий жизнедеятельности, как способность к общению, самообслуживанию, обучению, трудовой деятельности, что является причиной социальной и бытовой дезадаптации, инвалидизации разной степени выраженности.

Медико-логопедические мероприятия занимают важное место в процессе мультидисциплинарной постинсультной реабилитации. Раннее их начало, адекватность выбора применяемых методик, индивидуальность, комплексность, систематичность, поэтапность и длительность являются благоприятными факторами восстановления активностей пациента.

Цель методических рекомендаций – предоставить необходимую информацию специалистам медицинских организаций о нарушениях речи, голоса и глотания, возникающих вследствие ИИ, о методах их диагностики, устранения (коррекции), профилактики, о выборе и применении медико-логопедических программ восстановления после инсульта на разных этапах МР.

Учитывая международную тенденцию к систематизации кодирования состояния здоровья и жизнедеятельности индивида (создание и применение в различных сферах универсальной МКФ), материалы рекомендаций опираются на ее применение и междисциплинарный подход в работе с пациентами при нарушениях речи и глотания.

1. ВИДЫ И ФОРМЫ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ И ГЛОТАНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ВСЛЕДСТВИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Возникающие в результате очаговых поражений головного мозга при ИИ нарушения коммуникативных возможностей человека обусловлены афазией, дизартрией, дисфонией. Нарушение самообслуживания при инсульте часто связано с дисфункцией глотания – дисфагией.

В отечественной логопедии наиболее распространена классификация афазии А.Р. Лурия. [18, 19, 34, 35], согласно которой форма афазии определяется локализацией очага поражения и центральным механизмом нарушения. В клинической практике ее дополняют также амнестической и проводниковой афазиями. [5, 24, 34, 35]. Деление дизартрии на виды и формы осуществляется в соответствии с неврологическим и синдромологическим подходами. Согласно неврологическому подходу в основе классификации дизартрии лежит локализация очага поражения; в основе синдромологического подхода классификации дизартрии лежат ведущие неврологические симптомы и их проявление в речи пациента.

Виды и формы нарушений речи и глотания, возникающие при инсультах, представлены в таблице 1.

В структуру афазии обычно входят нарушения письменной речи – дисграфия (аграфия) и дислексия (алексия).

В остром периоде заболевания чаще диагностируются сочетанные формы афазии, что обусловлено тяжестью состояния пациента, его высокой истощаемостью и сложностью сопоставления различных симптомов между собой [5].

Сопоставление двух классификаций дизартрии (таблица 2) объясняет влияние топографии нарушения на симптоматическую характеристику речевой дисфункции, что представляет особую актуальность при выборе направлений реабилитационной программы.

Среди клинических проявлений очаговых поражений головного мозга у взрослых формы дизартрии достаточно часто встречаются в «чистом» виде [12]. Тем не менее, близость и взаимосвязь мозговых структур обуславливает возникновение смешанных форм дизартрии, при которых отмечается наличие симптомов двух и более форм данного речевого нарушения.

Таблица 1. Виды и формы нарушений речи и глотания, возникающие вследствие инсульта

Нарушение	Виды и формы нарушения/ классификация
Дисфагия	Нейрогенная орофарингеальная
Дизартрия Анартрия	Классификация на основе неврологического подхода: Бульбарная Псевдобульбарная Подкорковая Мозжечковая Корковая
	Классификация на основе синдромологического подхода: Спастика-паретическая Спастика-ригидная Гиперкинетическая Атактическая Спастика-гиперкинетическая Спастика-атактическая Атактико-гиперкинетическая Спастика-атактико-гиперкинетическая
Дисфония Афония	Органическая центральная
Афазия	Афферентная моторная Эфферентная моторная Динамическая Сенсорная (акустико-гностическая) Акустико-мнестическая Семантическая Амнестическая Проводниковая

Таблица 2. Дифференциальная характеристика видов дизартрии на основе сопоставления уровня локализации и ведущего синдрома

Вид дизартрии по локализации очага поражения головного мозга	Очаг поражения	Вид дизартрии по ведущему синдрому	Ведущий синдром
Бульбарная	Ядра, корешки или периферические отделы черепно-мозговых нервов: языкоглоточного, блуждающего, подъязычного, – тройничного и лицевого.	Вялая (паретическая)	Вялый (периферический) парез.
Псевдобульбарная	Корково-ядерные (кортикобульбарные) проводящие пути.	Спастическая	Центральный (спастический) парез.
		Спастико-паретическая	Доминирует спастический парез, который сочетается с низким тонусом отдельных групп мышц речевого аппарата.
Подкорковая (экстрапирамидная)	Подкорковые узлы и их нервные связи с различными отделами головного мозга.	Гиперкинетическая	Мимические и артикуляционные гиперкинезы.
		Ригидная	Нарушение регуляции мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре по типу ригидности.
		Гипокинетическая	Нарушение тонуса в речевой мускулатуре по типу дистонии; гипокинезия (сокращенный объем движений) в артикуляционной моторике.
Мозжечковая	Мозжечок и его проводящие пути.	Атактическая	Статическая и динамическая атаксия речевых движений.
Корковая	Кора доминантного полушария головного мозга (постцентральная и премоторная зоны).	Апраксическая кинестетическая Апраксическая кинетическая	Кинестетическая (постцентральная) апраксия речевого аппарата. Кинетическая (премоторная) апраксия речевого аппарата.

2. ЦЕЛЬ, ЗАДАЧИ И СТРУКТУРА МЕДИКО-ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТАМИ

Цель медико-логопедической реабилитации – восстановление/ улучшение коммуникативных способностей пациента, повышение уровня его функционирования и самообслуживания.

Задачами работы медицинского логопеда являются:

- Исследование функции глотания, языковых и речевых функций (устной и письменной речи, голоса).
- Составление краткосрочной и долгосрочной программы, индивидуального плана медико-логопедической реабилитации.
- Определение формы и методов логопедической работы.
- Проведение коррекционных логопедических мероприятий.
- Обучение пациента методам логопедической коррекции для самостоятельной работы.
- Информационно – разъяснительная работа с родственниками пациента или лицами их заменяющими.
- Проведение мониторинга результативности логопедических мероприятий.

Последовательность действий, составляющих комплекс логопедических мероприятий в реабилитации пациентов с последствиями инсульта приводится в Схеме 1.

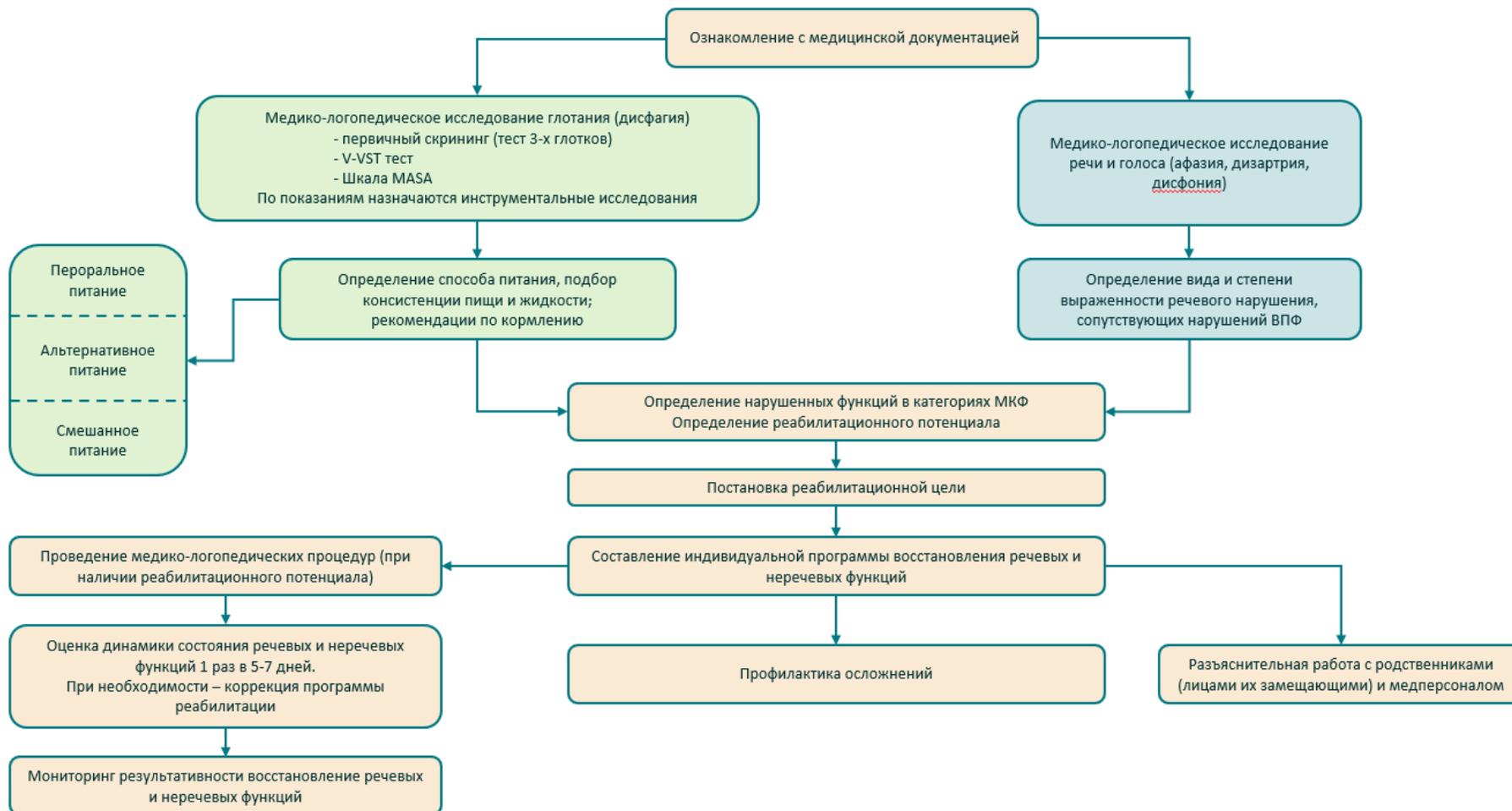


Схема 1. Алгоритм медико-логопедического сопровождения

3. СТРУКТУРА МЕДИКО-ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

3.1. Оценка функции глотания

Задачи:

- определение механизма дисфагии, нарушенной фазы глотания;
- определение тяжести нарушения глотания;
- профилактика возможных осложнений нарушенного глотания;
- определение индивидуальной стратегии питания больного (способа питания/кормления);
- формирование индивидуальной программы медико-логопедических мероприятий, направленных на восстановление функций и активностей пациента, связанных с глотанием.

Оценка функции глотания определяется на основании имеющихся жалоб, анамнеза, анализа медицинской документации, клинической диагностики, результатов инструментальных исследований.

Первичная диагностика дисфагии проводится совместно логопедом и профильным специалистом отделения [33] после проведения скринингового тестирования глотания (СТГ). Углубленное исследование функции глотания является компетенцией медицинского логопеда.

СТГ является стандартизированным исследованием и состоит из предварительного анкетирования и непосредственно тестирования (так называемого теста трёх глотков) (Приложение 1).

При высоком риске аспирации СТГ проводится в течение первых 3 часов после поступления пациента в стационар средним медицинским персоналом или специалистом по глотанию /медицинским логопедом обязательно перед первым приемом пищи, жидкости, пероральных медикаментов [4].

Противопоказаниями к проведению СТГ являются: отсутствие сознания, невозможность вертикализации пациента выше 30°, выраженные предостерегающие признаки дисфагии [4].

Клиническая диагностика дисфагии проводится дифференцированно и зависит от состояния пациента и возможности осуществления контакта с ним. Существенными факторами, усложняющими углубленное исследование глотания, являются снижение или отсутствие сознания, тяжелое, нестабильное состояние пациента, наличие трахеостомической трубки. Выделяют четыре состояния (модели) пациента [4], которые определяет особенности обследования с целью выявления дисфагии (Приложение 2).

Во время проведения исследования обязательно фиксируются все наблюдаемые предикторы и признаки дисфагии, к которым относятся:

- затруднённое дыхание;
- осиплость, носовой оттенок голоса;
- изменение голоса после глотания воды («влажный голос», осиплость, охриплость, временная потеря голоса);
- ограничение подвижности, нарушение мышечного тонуса в органах артикуляции;
- трудности жевания;
- невозможность/трудности глотания слюны (слюна выливается изо рта), редкое сглатывание слюны вне приема пищи (менее одного движения в 5 минут);
- отсутствие/ограничение подвижности мягкого нёба;
- поперхивание/кашель до, во время или после глотка;
- множественные глотательные движения на один болюс;
- остатки пищи в ротовой полости после глотания;
- отсроченное глотание;
- снижение или отсутствие кашлевого рефлекса;
- отказ от еды.

Также учитываются уже имеющиеся осложнения дисфагии: пневмония, бронхолегочные инфекции, снижение массы тела, дегидратация.

В структуру углубленного медико-логопедического исследования глотания входит Тест оценки глотания с продуктами различной плотности и объема (Объемно-вязкостный тест V-VST). Целью проведения теста является определение объема, консистенции, разовой порции пищи/питья, способствующих безопасному глотанию (Приложение 3).

К инструментальным исследованиям, направленным на выявление жизнеугрожающих состояний (дисфагии, аспирации, аспирационной пневмонии) у пациентов после инсультов относятся: фиброларингоскопия, видеофлюороскопия, рентгеновское обследование, компьютерная томография, пульсовая оксиметрия и др.

Показанием к проведению инструментальных исследований являются:

- жалобы пациента на дисфагию [3];
- состояния пациента, при которых невозможно или крайне затруднительно проведение углубленной клинической оценки функции глотания (отсутствие сознания, тяжелое, нестабильное состояние, невозможность вертикализации выше 30°) [33];

- недостаточность клинического исследования, неоднозначность его результатов для выбора тактики восстановительных мероприятий с целью обеспечения эффективности и безопасности глотания.

В настоящее время наиболее информативными инструментальными исследованиями, «золотыми стандартами» при диагностике ротоглоточной дисфагии являются видеофлюороскопия и фиброларингоскопия [3, 4, 8, 33].

Количественная оценка функции глотания определяется с помощью Модифицированного теста оценки глотания (MASA), который исследует функцию акта глотания по 24 параметрам и состоит из 4 частей: оценки общего состояния пациента и трёх фаз глотания (Приложение 4).

3.2. Исследование речи и голоса

Исследование речи и исследование голоса объединены в единое обследование, т.к. голос является неотъемлемой составляющей полноценной речевой деятельности. Нарушение голоса может встречаться как самостоятельное расстройство, так и входить в структуру речевого нарушения при дизартрии, афазии.

В процессе медико-логопедического исследования речи и голоса оцениваются:

- импрессивная речь: понимание вопросов, инструкций, показ предметов по названиям, понимание развернутой речи, логико-грамматических конструкций;
- экспрессивная речь: спонтанная, диалогическая, автоматизированная речь, называние, повторение, построение фразы, пересказ, развернутое устное высказывание /монолог;
- речевая активность;
- фонационное дыхание;
- состояние органов артикуляции;
- произносительная сторона речи (звукопроизношение, голос, темп, ритм, мелодичность, интонация, разборчивость речи);
- фонематический слух;
- слухоречевая память;
- чтение;
- письмо;
- праксис (оральный, артикуляционный, динамический, мануальный);
- гнозис;
- счёт;
- нейродинамические процессы.

С целью качественной и количественной оценки речи пациента после инсульта в клинической работе логопеда применяются следующие диагностические инструменты [5, 6, 9]:

- **Шкала оценки дизартрии.**

Включая в себя клиническое и логопедическое исследование, шкала позволяет оценить все стороны произносительной стороны речи, состояние черепных нервов, участвующих в иннервации мышц речевого аппарата, даёт возможность объективной оценки динамики восстановления речи при дизартрии [9]. (Приложение 5)

- **Шкала Вассермана Л.И. для оценки степени выраженности речевых нарушений у больных с локальными поражениями мозга.**

Данная шкала, применяющаяся преимущественно при анализе системных речевых нарушений (афазии), позволяет оценить все виды и стороны речи. Используемый при первичной диагностике и динамическом наблюдении, метод оценки помогает в разработке дифференцированных индивидуальных программ речевой реабилитации. (Приложение 6)

- **«Методика оценки речи при афазии»**, разработанная Л.С. Цветковой, Т.В. Ахутиной, Н.М. Пылаевой (1981).

Методика основана на методах классической нейропсихологической диагностики, позволяет провести наиболее подробную и развернутую оценку всех сторон речи при афазии, определить степень выраженности дефекта и динамику речевой реабилитации. В связи с большим объемом тестового содержания методика применяется при необходимости и возможности углубленного исследования речи.

4. ОБЩИЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО-ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Медико-логопедическое обследование проводится по показаниям с момента поступления больного в стационар в максимально ранние сроки (1–3 сутки, исходя из тяжести состояния пациента) [5].

Исследования речи и глотания проводятся с учетом оценки неречевых высших психических функций, таких как внимание, память, зрительно-пространственное восприятие. Особое внимание следует уделить состоянию нейродинамического компонента психической деятельности. Нарушения нейродинамических процессов связаны с дисфункцией подкорковых структур, при этом своей симптоматикой они часто напоминают различные проявления афазии либо перекрывают основную очаговую симптоматику [5, 31]. Этот факт следует учитывать при дифференциальной диагностике постинсультных состояний и определении тактики восстановительных мероприятий.

Во время проведения медико-логопедического исследования речи пациент должен быть в ясном сознании, с уровнем бодрствования, достаточным для выполнения и понимания инструкций, а также с отсутствием выраженных психических расстройств [5]. Количество и содержание тестового материала для исследования речи определяется медицинским логопедом с учетом тяжести состояния, истощаемости пациента, его возрастных и, по возможности, преморбидных особенностей.

По окончании медико-логопедического обследования логопед формулирует заключение в медико-логопедической терминологии с указанием вида и степени выраженности выявленных нарушений, производит оценку функций глотания и речи в категориях МКФ, определяет реабилитационный потенциал пациента (совместно со всеми членами МДРК), составляет индивидуальную программу медико-логопедической реабилитации.

При наличии дисфагии медицинский логопед составляет рекомендации по способу кормления пациента, позиционированию его во время приема пищи, определяет консистенцию и объем разовой порции пищи, степень загущения жидкости при возможности самостоятельного глотания.

Выбор способа кормления пациента (пероральный/альтернативный/смешанный) осуществляется специалистами МДРК на основании исследования функции глотания с учетом рекомендаций медицинского логопеда.

При наличии реабилитационного потенциала проводятся медико-логопедические мероприятия, направленные на восстановление и коррекцию нарушенных функций и активностей пациента.

5. ОЦЕНКА РЕЧИ, ГОЛОСА И ГЛОТАНИЯ В КАТЕГОРИЯХ МКФ

Формирование реабилитационного диагноза в категориях МКФ позволяет описать все необходимые составляющие здоровья индивида и связанные с ними проблемы, ограничивающие его жизнедеятельность [16, 20].

В формировании реабилитационного диагноза участвуют все специалисты, входящие в состав МДРК.

Разделы, домены и категории МКФ, используемые в практике медицинского логопеда у пациентов, перенесших инсульт, а также методы их исследования и измерения степени выраженности выявленных нарушений приведены в таблицах 3 и 4.

Таблица 3. Оценка функций

Функции организма	Методы исследования и измерения
Специфические умственные функции	
b167 Умственные функции речи	<ul style="list-style-type: none"> • Медико-логопедическое обследование • Шкала Вассермана Л.И. для оценки степени выраженности речевых нарушений у больных с локальными поражениями мозга • Методика оценки речи при афазии (Цветкова Л.С., Ахутина Т.В., Пылаева Н.М.)
b1670 Восприятие языка	
b16700 Восприятие разговорного языка	
b16701 Восприятие письменного языка	
b16702 Восприятие языка знаков	
b1671 Выражение посредством языка	
b16710 Выражение посредством разговорного языка	
b16711 Выражение посредством письменного языка	
b16712 Выражение посредством языка знаков	
b1672 Интегративные функции языка	
b176 Умственные функции последовательных сложных движений	
b144 Функции памяти	
Функции голоса и речи	
b310 Функции голоса	<ul style="list-style-type: none"> • Медико-логопедическое обследование • Шкала оценки дизартрии • Аудитивная оценка голоса
b3100 Голосообразование	
b3101 Качество голоса	
b320 Функции артикуляции	
b330 Функции беглости и ритма речи	
b3300 Беглость речи	
b3301 Ритм речи	
b3302 Скорость речи	
b3303 Мелодичность речи	
Функции дыхательной системы	
b4400 Темп дыхания	<ul style="list-style-type: none"> • Логопедический осмотр • Анализ данных осмотров профильных специалистов и инструментальной диагностики
b4401 Ритм дыхания	
b4402 Глубина вдоха	
Функции, связанные с пищеварительной системой	
b510 Функции приема нутриентов:	<ul style="list-style-type: none"> • Логопедический осмотр • Анализ результатов инструментальных исследований • СТГ • Аудитивная оценка голоса • Тест оценки глотания объемной вязкости (V-VST) • Модифицированный тест оценки глотания MASA (Modifaied MANN Assessment of Swallowing Ability)
b5100 Сосание	
b5101 Кусание	
b5102 Жевание	
b5103 Обработка пищи во рту	
b5105 Глотание	
b51050 Глотание через рот	
b51051 Глотание через глотку	
b51052 Глотание через пищевод	
b5106 Срыгивание и рвота	

Таблица 4. Оценка активности и участия

Обучение и применение знаний	Методы исследования и измерения
d130 Копирование	<ul style="list-style-type: none"> • Медико-логопедическое обследование • Шкала Вассермана Л.И. для оценки степени выраженности речевых нарушений у больных с локальными поражениями мозга • Методика оценки речи при афазии (Цветкова Л.С., Ахутина Т.В., Пылаева Н.М.) • Шкала оценки дизартрии • Аудитивная оценка голоса
d135 Повторение	
d140 Усвоение навыков чтения	
d145 Усвоение навыков письма	
d166 Чтение	
d170 Письмо	
Общение	
d310 Восприятие устных сообщений при общении	
d315 Восприятие сообщений при невербальном способе общения	
d325 Восприятие письменных сообщений при общении	
d330 Речь	
d335 Составление и изложение сообщений в невербальной форме	
d345 Письменные сообщения	
d350 Разговор	
d355 Дискуссия	
d360 Использование средств связи и техник общения	
d369 Разговор и общение с использованием средств связи и техник общения, другие уточненные и не уточненные	
d398 Общение, другое уточненное	
d399 Общение, не уточненное	
Самообслуживание	
d550 Прием пищи	<ul style="list-style-type: none"> • Логопедический осмотр • СТГ • Тест оценки глотания объемной вязкости (V-VST) • Модифицированный тест оценки глотания MASA (Modified MANN Assessment of Swallowing Ability)
d560 Питье	

Реабилитационный диагноз предполагает определение и включение в описание проблем и активностей пациента степень воздействия окружающей среды либо в качестве барьера, либо в качестве облегчающего фактора.

К **факторам среды**, которые могут учитываться при проведении медико-логопедических реабилитационных мероприятий, относятся:

Продукция и технологии

e110 – Продукты или вещества для персонального потребления

e115 – Изделия и технологии для личного и повседневного пользования

e125 – Средства и технологии коммуникации

e130 – Изделия и технологии для обучения

Поддержка и взаимосвязи

e310 – Семья и ближайшие родственники

e315 – Отдаленные родственники

e 320 – Друзья

e 340 – Персонал, осуществляющий уход и помощь

e 355 – Профессиональные медицинские работники

Оценка влияния факторов среды осуществляется с помощью анализа анамнестических данных, логопедического осмотра, беседы, опроса, наблюдения (при обследовании и в динамике).

Количественное значение кодов МКФ определяется путем стандартизации оценок, полученных при исследовании функций глотания и речи с помощью валидированных шкал (таблица 5).

Таблица 5. Стандартизация оценок по применяемым шкалам для определения количественных значений кодов МКФ

Шкалы	МКФ (определитель)				
	0	1	2	3	4
	Нет проблем 0-4%	Легкие проблемы 5-24%	Умеренные проблемы 25-49%	Тяжелые проблемы 50-95%	Абсолютные проблемы 96-100%
Шкала оценки дизартрии	0-5 баллов – дизартрии нет	6-19 баллов – дизартрия легкой степени	20-39 баллов – дизартрия умеренной степени	40-56 баллов – дизартрия тяжелой степени	57-76 баллов – анартрия
Шкала Вассермана Л.И.	0 баллов – афазии нет	до 20 баллов – легкая степень нарушения	20-39 баллов – средняя степень нарушения	40 и более – тяжелая /грубая степень нарушения	
Шкала оценки глотания (MASA)	178 баллов и более – дисфагии нет	168-177 баллов – легкая дисфагия	139–167 баллов – умеренная дисфагия	138 и менее – тяжелая дисфагия	

6. ПРОГРАММЫ И МЕТОДЫ МЕДИКО-ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМИ ИНСУЛЬТАМИ

6.1. Медико-логопедическая реабилитация пациентов с дисфагией

В медико-логопедической реабилитации пациентов с дисфагией применяются стимулирующие, диетические, постуральные, компенсаторные, тренировочные, разъяснительные методы.

Логопедическое сопровождение пациентов с дисфагией включает:

- проведение логопедических мероприятий (медико-логопедических процедур/индивидуальных занятий), направленных на восстановление функции глотания;
- обучение пациента и лиц, осуществляющих уход, позиционированию при кормлении (постуральный метод);
- корректирование диеты – определение объема и консистенции пищи и питья (диетический метод);
- обучение пациента тренировочным упражнениям, стимулирующим восстановление утраченных/нарушенных функций, и навыкам, обеспечивающим безопасное глотание;
- контроль регулярной санации полости рта;
- ознакомление всех участников реабилитационного процесса с особенностями глотания пациента;
- корректирование программы восстановительных мероприятий в динамике.

Независимо от способа питания и типа постуральной поддержки в логопедической работе по восстановлению функции глотания применяются:

- дифференцированный логопедический массаж;
- артикуляционная гимнастика;
- дыхательная гимнастика;
- тренировочные упражнения для развития подвижности и укрепления мышц, участвующих в процессах жевания и глотания;
- стимулирование чувствительности слизистых оболочек полости рта, вкусовых рецепторов;
- тренировочный метод: глотание различной по консистенции пищи и жидкости с постепенным разгущением консистенции и увеличением объема болюса/глотка/разовой порции;
- нейромышечная электростимуляция в сочетании с фонопедическими упражнениями (проводится по назначению и под контролем врача ФРМ/врача-физиотерапевта);

- обучение пациентов и лиц, осуществляющих уход за ними, правилам кормления и гигиеническому уходу за полостью рта.

При выборе направлений и методов работы при нейрогенной дисфагии акцент делается на восстановление моторики мышц и активизацию структур, отвечающих за функционирование нарушенной фазы глотания.

С целью выявления динамики, корректировки реабилитационных мероприятий и диеты тестирование глотания проводится в процессе реабилитации ежедневно во время медико-логопедической процедуры [4].

6.2. Медико-логопедическая реабилитация при дизартрии

Медико-логопедическая работа при дизартрии строится с учетом формы и степени выраженности речевого дефекта, состояния пациента, наличия у него сопутствующих нарушений. Программа восстановления речи при дизартрии рекомендована Клиническими рекомендациями для логопедов (Союз реабилитологов России, М., 2016) [5].

В основе выбора направлений работы и методических приемов лежит форма дизартрии и преобладающий патологический синдром (Таблица 6).

Таблица 6. Основные направления и программа логопедической работы при дизартрии

Форма дизартрии	Приоритетное направление коррекционной работы	Программа
Бульбарная	Устранение вялого паралича	<ul style="list-style-type: none"> – формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи – преодоление гипотонуса в мимической и артикуляционной мускулатуре – развитие подвижности мышц речевого аппарата – нормализация фонационного дыхания – нормализация фонетической окраски звуков – восстановление мелодико-интонационной стороны речи – развитие контроля над произносительной стороной речи
Псевдобульбарная	Устранение пирамидного спастического паралича	<ul style="list-style-type: none"> – формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи; – преодоление гипертонуса в мимической и артикуляционной мускулатуре; – развитие подвижности мышц речевого аппарата; – нормализация фонационного дыхания; – нормализация фонетической окраски звуков;

		<ul style="list-style-type: none"> – восстановление мелодико-интонационной стороны речи; – развитие контроля над произносительной стороной речи.
Подкорковая (экстрапирамидная)	Преодоление экстрапирамидной дистонии, гиперкинезов, снижение степени проявления синдрома ригидности в мышцах речевой моторики	<ul style="list-style-type: none"> – формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи – снижение степени проявления ригидности/гиперкинезов/дистонии/гипокинезии в мышцах речевой моторики – формирование синхронной деятельности отделов дыхания, голосообразования, звукопроизношения – развитие подвижности мышц артикуляционного аппарата – нормализация фонационного дыхания – нормализация фонетической окраски звуков – восстановление мелодико-интонационной стороны речи – развитие контроля над произносительной стороной речи
Мозжечковая	Коррекция статической и динамической атаксии в речевой мускулатуре	<ul style="list-style-type: none"> – формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи – формирование синхронной деятельности дыхательного, голосообразующего и артикуляционного отделов речи – развитие подвижности мышц речевого аппарата – нормализация речевого дыхания – нормализация фонетической окраски звуков – восстановление мелодико-интонационной стороны речи – развитие контроля над произносительной стороной речи
Корковая	Преодоление апраксии (кинетической и/или кинестетической)	<ul style="list-style-type: none"> –преодоление кинетической/кинестетической апраксии –развитие точности артикуляционных поз и движений –нормализация фонетической окраски звуков речи –нормализация темпо-ритмической и мелодико-интонационной стороны речи – развитие контроля над произносительной стороной речи

6.3. Медико-логопедическая реабилитация при дисфонии

Основными направлениями логопедической работы при дисфонии являются:

- Формирование установки на коррекцию/восстановление голоса
- Активное и сознательное вовлечение пациента в процесс восстановительного обучения
- Формирование/коррекция рационального физиологического и фонационного дыхания
- Формирование/восстановление навыков правильного голосообразования и голосоведения:
 - формирование синхронной работы дыхательного и голосового аппарата;
 - восстановление двигательной функции гортани;
 - стимулирование кинестезий правильной фонации и координации в работе голосового аппарата;
- Автоматизация и закрепление навыков правильной фонации

Методы медико-логопедической работы при дизартрии и дисфонии

- Дыхательная гимнастика
- Дифференцированный логопедический массаж
- Артикуляционная гимнастика
- Фонопедические упражнения
- Тренировочные речевые упражнения
- Нейромышечная электрофонопедическая стимуляция (проводится по назначению и под контролем врача ФРМ/врача-физиотерапевта)
- Вокальные упражнения

Общность методов логопедической работы при дизартрии и дисфонии обусловлена патогенетическим сходством данных нарушений.

6.4. Медико-логопедическая реабилитация при афазии

Задачи, направления и методы медико-логопедической работы при афазии определены в типовых программах восстановительного обучения при разных формах афазии в зависимости от формы и степени выраженности нарушения (Шкловский В.М., Визель Т.Г., 2000) [5, 34].

В таблице 7 приведены задачи и направления логопедической работы при афазии в соответствии с типовыми программами.

Таблица 7. Задачи и направления логопедической работы при афазии

Тяжелая степень выраженности	Средняя степень выраженности	Легкая степень выраженности
Афферентная моторная афазия		
<p>Преодоление расстройств понимания ситуативной и бытовой речи. Растворивание произносительной стороны речи. Стимулирование простых коммуникативных видов речи. Стимулирование глобального чтения и письма.</p>	<p>Преодоление расстройств произносительной стороны речи. Восстановление и коррекция фразовой речи. Работа над семантикой слова. Восстановление аналитико-синтетического письма и чтения.</p>	<p>Коррекция произносительной стороны речи. Формирование развернутой речи, усложненной по смысловой и синтаксической структуре. Восстановление смысловой структуры слова. Освоение сложных логико-грамматических оборотов речи. Восстановление чтения и письма.</p>
<p>Восстановление письменной речи: восстановление связи «артикулема-фонема-графема»; восстановление способности к звукобуквенному анализу состава слова; восстановление навыка развернутой письменной речи.</p>		
Эфферентная моторная афазия		
<p>Программа реабилитации та же, что и при афферентной моторной афазии.</p>	<p>Преодоление расстройств произносительной стороны речи. Восстановление фразовой речи.</p>	<p>Коррекция произносительной стороны речи. Формирование развернутой речи, усложненной по смысловой и синтаксической структуре. Восстановление смысловой структуры слова. Работа по осмыслению сложных логико-грамматических оборотов речи.</p>
<p>Восстановление письменной речи: - восстановление способности к анализу звуко-ритмической стороны слова; - восстановление способности к звукобуквенному анализу состава слова; - восстановление навыка слияния букв в слоги, слогов в слова; - восстановление навыка развернутой письменной речи.</p>		
Динамическая афазия		
<p>Повышение уровня общей активности больного, преодоление речевой инактивности, организация произвольного внимания. Стимулирование простых видов коммуникативной речи.</p>	<p>Восстановление коммуникативной фразовой речи. Преодоление персевераций в самостоятельном устном и письменном высказывании.</p>	<p>Восстановление спонтанной коммуникативной фразовой речи.</p>

Преодоление расстройств речевого программирования.		
Преодоление расстройства грамматического структурирования. Стимулирование письменной речи.		
Сенсорная афазия		
Накопление обиходного пассивного словаря.	Восстановление фонематического слуха.	Восстановление понимания развернутой речи.
Стимуляция понимания ситуативной фразовой речи.	Восстановление понимания значения слова.	Восстановление смысловой структуры слова.
Подготовка к восстановлению письменной речи.	Преодоление расстройств устной речи. Восстановление письменной речи.	Коррекция устной речи. Восстановление чтения и письма.
Акустико-мнестическая афазия		
Расширение рамок слухового восприятия. Преодоление слабости слухоречевых следов. Преодоление трудностей называния: восстановление зрительно-предметных образов и их связи со словом; восстановление многозначности слов, обобщение и классификация. Расширение объема активного словаря. Организация развернутого высказывания.		
Семантическая афазия		
Преодоление пространственной апрактогнозии. Восстановление способности понимания слов с пространственным значением. Конструирование сложноподчиненных предложений. Восстановление способности понимания логико-грамматических речевых конструкций. Работа над развернутым высказыванием.		

Методы восстановления речи при афазии и структура медико-логопедических занятий, определяются специалистом исходя из поставленных задач с учетом индивидуальных особенностей пациента, его текущего состояния.

7. КЛЮЧЕВЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО-ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Медико-логопедическое сопровождение пациентов с последствиями инсульта основано на общих принципах медицинской реабилитации.

Комплекс восстановительных логопедических мероприятий формируется с учетом индивидуальных особенностей пациента (текущего состояния, характера заболевания, степени выраженности нарушений, уровня функционирования, возраста, когнитивного и преморбидного статуса, эмоциональных притязаний).

Особенности логопедического сопровождения зависят от этапа медицинской реабилитации (Таблица 8).

Таблица 8. Особенности медико-логопедического сопровождения на этапах реабилитации

Этап	Задачи	Виды логопедического сопровождения	
1	Профилактика ПИТ-синдрома и его осложнений [10]	Умеренная сенсорная стимуляция разных модальностей	
		Контроль дисфагии	
		Растормаживание акта глотания	
	Растормаживание, стимулирование речи и глотания	Профилактика патологических речевых стереотипов	Подбор оптимальных средств коммуникации после выхода из острого состояния с целью повышения активности
			Растормаживание речи с опорой на упроченные речевые стереотипы
	Профилактика патологических речевых стереотипов		Посильный когнитивный тренинг
			Консультативно-разъяснительная работа с родственниками пациента
2	Восстановление/коррекция нарушенных функций с применением логопедических, нейропсихологических методов	Восстановление утраченных навыков путём дозированных тренировок	
		Обучение пациентов приемам для самостоятельной работы	
		При необходимости – формирование возможности альтернативной коммуникации	
		Моделирование ситуаций, способствующих применению восстановленных способностей и сформированных на занятиях навыков в повседневной жизни	
		Консультативно - разъяснительная работа с родственниками пациента	
3	Восстановление/коррекция нарушенных функций с применением логопедических, нейропсихологических методов	Продолжение восстановления утраченных навыков	
		Закрепление и расширение возможностей восстановленных функций и сформированных навыков путем регулярных и многократных тренировок	
		Самостоятельные занятия; занятия с помощью родственников или лиц, их заменяющих, по рекомендациям логопеда	
		Применение восстановленных способностей и сформированных на занятиях навыков в повседневной жизни, повышение возможностей эффективной коммуникации	

Раннее начало логопедической работы уменьшает риски развития жизнеугрожающих осложнений при дисфагии, способствует активизации:

спонтанного восстановления речи, запуску компенсаторных механизмов, предупреждению развития вторичных патологических явлений при афазии, предупреждению формирования патологических речевых навыков при дизартрии, предупреждению патологического голосообразования при дисфонии [1, 5].

Основная форма проведения медицинским логопедом реабилитационных мероприятий – медико-логопедическая процедура (занятие) длительностью от 10 до 40–60 минут [1, 5].

Продолжительность и кратность медико-логопедических процедур, кратность и интенсивность применяемых методов определяется индивидуально и может изменяться в процессе реабилитации (уменьшаться/увеличиваться) в зависимости от степени выраженности нарушения, этапа реабилитации и состояния пациента.

Активное участие в реабилитационном процессе самого пациента, благоприятная среда и адекватная поддержка со стороны родных и близких (эмоционально значимое общение, формирование и поддержание мотивации к восстановлению, помощь в выполнении упражнений, помощь в кормлении, уход и др.) способствуют повышению эффективности реабилитационных мероприятий.

8. КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКО-ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ

Критерии эффективности логопедической работы сформированы на основе результатов многолетней работы логопедов ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ и представлены ниже (Таблица 9).

Таблица 9. Оценка эффективности логопедической работы при дисфагии

Критерии эффективности	Способы оценки
<ul style="list-style-type: none"> - снижение риска аспирации при глотании - повышение подвижности мышц, участвующих в глотании - восстановление контроля над глотком - повышение объема употребляемой через рот пищи/жидкости (при наличии назогастрального зонда/ гастростомы) - возможность принимать пищу и жидкость без дополнительных средств и устройств или с их уменьшением - уменьшение времени, затрачиваемого на прием пищи и питье - снижение страха глотания 	<p>Качественные</p> <ul style="list-style-type: none"> • мониторинг состояния пациента • тестирование глотания • данные инструментальных исследований • наблюдение за активностью пациента (прием пищи, питье) логопедом и всеми членами МДРК <p>Количественные</p> <ul style="list-style-type: none"> • изменение балльных показателей по применяемым шкалам • уменьшение значения определителя соответствующего домена МКФ

Таблица 10 отражает критерии эффективности работы логопеда и способы их оценки при дизартрии и дисфонии.

Таблица 10. Оценка эффективности логопедической работы при дизартрии и дисфонии

Критерии эффективности	Способы оценки
<ul style="list-style-type: none"> - нормализация тонуса в речевой мускулатуре - повышение подвижности органов артикуляции - повышение разборчивости речи - нормализация /улучшение фонационного дыхания - улучшение голосовых характеристик (сила, громкость, тембр, чистота, звучность и др.) - улучшение координации дыхания, голосообразования и артикулирования - нормализация/улучшение просодической стороны речи - повышение самоконтроля - повышение коммуникативных возможностей - наличие мотивации, положительного настроя к продолжению восстановительных мероприятий 	<p>Качественные</p> <ul style="list-style-type: none"> • медико-логопедическое обследование • беседа • наблюдение за активностью пациента (речь, общение) логопедом и всеми членами МДРК <p>Количественные</p> <ul style="list-style-type: none"> • изменение балльных показателей по применяемым шкалам • уменьшение значения определителя соответствующего домена МКФ

Критерии эффективности работы логопеда при афазии отражены в таблице 11

Таблица 11. Оценка эффективности логопедической работы при афазии

Критерии эффективности	Способы оценки
<ul style="list-style-type: none"> - улучшение произносительной стороны речи - улучшение понимания - повышение возможностей повторения/называния - повышение возможностей/восстановление фразовой речи - расширение объема активного словаря - расширение объема слухоречевой памяти - уменьшение парафазий/ персевераций/ эхолалий - восстановление/улучшение фонематического слуха - улучшение письменной речи - уменьшение выраженности апраксии - уменьшение трудностей планирования и структурирования высказывания - повышение речевой активности - повышение коммуникативных возможностей - наличие мотивации, положительного настроя к продолжению восстановительных мероприятий 	<p>Качественные</p> <ul style="list-style-type: none"> • медико-логопедическое обследование • анализ продуктивной деятельности (письмо, рисунок, конструирование) • беседа • наблюдение за активностью пациента (речь, общение) логопедом и всеми членами МДРК <p>Количественные</p> <ul style="list-style-type: none"> • изменение балльных показателей по применяемым шкалам • уменьшение значения определителя соответствующего домена МКФ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наличие алгоритмов оказания логопедической помощи пациентам после ИИ является фактором, способствующим оптимизации принятия решений в практической деятельности медицинского логопеда.

В методических рекомендациях приведены виды постинсультных нарушений, требующих логопедической коррекции, алгоритм и программы медико-логопедического сопровождения лиц с последствиями ишемического инсульта с целью ознакомления специалистов медицинского сообщества с особенностями нарушений речи и глотания у данной категории пациентов, структурой, основными принципами и методами логопедической диагностики и коррекции. Предложен и описан ряд диагностических и коррекционных методов логопедической работы, показавших свою эффективность в клинической практике.

В клинических рекомендациях сделан акцент на ключевых аспектах медико-логопедической диагностики и реабилитации, указаны особенности медико-логопедического сопровождения, зависящие от этапа реабилитации. Представлены категории доменов МКФ, используемые в работе медицинского логопеда и методы их измерения для формирования реабилитационного диагноза и определения критериев качества логопедической работы в рамках комплексной реабилитации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Национальный стандарт Российской Федерации. Протокол ведения больных. Инсульт. Protocol for patient's management. Stroke ОКС 11 160 ОКП 94 4000 Дата введения 2009-09-01.
2. Клинические рекомендации – Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака. Взрослые/дети. 2024.
3. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению дисфагии. Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Российская Федерация. РЖГГК 5, 2015.
4. Диагностика и лечение дисфагии при заболеваниях центральной нервной. Клинические рекомендации РФ. – М., 2013. – 43 с.
5. Логопедическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями речи, голоса и глотания в остром периоде. Клинические рекомендации для логопедов. – М., 2016. – 63 с.
6. Методические рекомендации для Пилотного проекта «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации» «Практическое применение оценочных шкал в медицинской реабилитации» / под редакцией Ивановой Г.Е. – М, 2016.
7. Авдюнина И.А., Гречко А.В., Бруно Е.В. Основные принципы организации трапезы больных с нейрогенной дисфагией. // Consilium Medicum. – 2016. – Т. 18. – № 2.1. – С. 53–58.
8. Громова Д.О., Захаров В.В. Нарушения глотания после инсульта. // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2015. – Т. 7, № 4. – С. 50–56.
9. Балашова, И.Н. Шкала оценки дизартрии как инструмент клинической работы логопеда / И.Н. Балашова, Н.П. Ванчакова // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2016. – Т. 131, № 1. – С. 312–317.
10. Белкин, А.А. Реабилитация в отделении реанимации и интенсивной терапии (РеабИТ). Методические рекомендации Союза реабилитологов России и Федерации анестезиологов и реаниматологов / А. А. Белкин, А. М. Алашеев, В. А. Белкин и др. // Вестник интенсивной терапии имени А.И. Салтанова. – 2022. – № 2. – С. 7–40.
11. Белова, А.Н. Нейрореабилитация. Рук.для врачей. – Москва: Антидор, 2000. – 568 с.
12. Белякова, Л.И. Логопедия. Дизартрия. Учебное пособие / Л.И. Белякова, Н.Н. Волоскова – М.: ВЛАДОС, 2013. – 287с.
13. Винарская, Е.Н. Дизартрия / Е.Н. Винарская. – М.: АСТ: Астрель, Хранитель, 2006. – 141 с.
14. Ермакова Л.А. Шамуров Ю.С. Свиридова Л.П. Василенко А.Ф. Динамика состояния высших психических функций у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения разной этиологии в левой гемисфере // Психология. Психофизиология. №5 (138). Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия "Образование. Педагогические науки». – Челябинск: Южно-Уральский государственный университет. – 2009. – №5. – 79 с. – URL: <https://rucont.ru/efd/137062> (дата обращения: 20.05.2025)
15. Ершов В.И., Здвижкова С.В., Гончар-Зайкин А.П., Лозинская Т.Ю., Кузнецов Г.Э., Бородкин И.Н., Силкин В.В. Эффективность лечения нарушенной функции глотания у пациентов с ишемическим инсультом и нейрогенной дисфагией в рамках отделения реанимации и интенсивной терапии. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2019. – Т. 119, № 7. – С. 35–40.

16. Иванова, Г.Е. Использование МКФ и оценочных шкал в медицинской реабилитации / Г.Е. Иванова, Е.В. Мельникова, Н.А. Шамалов и др. // Вестник восстановительной медицины. – 2018. – №3. – С. 14–20.
17. Инсульт: Клин. руководство / Михаэль Г. Хеннерици, Жульен Богуславски, Ральф Л. Сакко; Пер. с англ.; под общ. ред. чл. корр. РАМН В.И. Скворцовой. – М.: МЕДпресс-информ, 2008–224 с.: ил.
18. Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов/ Под. Ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛ АДОС, 1998. – 680 с.
19. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях головного мозга. – изд-во Питер серия Мастера психологии. 2024 г – 768 с.
20. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: МКФ. Всемирная Организация Здравоохранения. Женева, 2001.
21. Международная статистическая классификация болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье 10-го пересмотра (МКБ-10) (Всемирная организация здравоохранения, 1994).
22. Методика оценки речи при афазии: Учеб. пособие к спецпрактикуму для студентов психол. фак. / Л. С. Цветкова, Т. В. Ахутина, Н. М. Пылаева. – Москва: Изд-во МГУ, 1981. – 67 с.
23. Нейрореабилитация: учебное пособие для вузов, ред. Шкловского В.М. М.: Юрайт; 2023. 401 с.
24. Основы нейропсихологии. Теория и практика. 2-е издание, переработанное, расширенное / Татьяна Григорьевна Визель. – Москва: Издательство АСТ, 2021. – 544 с.: ил. – (Высший курс). ISBN 978-5-17-122008-2.
25. Панченко, И.И. Медико-педагогическая характеристика детей с дизартрическими расстройствами и анартрией, страдающих церебральными параличами и особенности логопедической работы. Нарушение речи и голоса у детей и взрослых / И.И. Панченко, Л.А. Щербакова. – М.: МГПИ им. В.И. Ленина, 1975. – 251с.
26. Пирадов М. А., Максимова М. Ю., Домашенко М. А. Инсульт. В кн.: Интенсивная терапия: национальное руководство: в 2 т. Т. II, ред. И.Б. Заболотских, Д.Н. Проценко. – М.: ГЭОТАР-Медиа; 2020. – С. 717–733.
27. Пирадов М. А., Максимова М. Ю., Тяншан, М. М. Инсульт, пошаговая инструкция. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 228 с.
28. Ранняя реабилитация после инсульта / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов, О.С. Левин. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2022–344 с.: ил.
29. Ранняя реабилитация после инсульта/Ян Мерхольц; пер.а англ.; под ред. проф. Г.Е. Ивановой–2-е изд.-М.: МЕДпресс-информ, 2019 – 248 с.: ил.
30. Реабилитация неврологических больных/Шахпаронова Н.В., Черникова Л.А. – 5-е изд. – Москва: МЕДпресс-информ, 2024.- 560 с.: ил.
31. Сафронова М.Н., Коваленко А.В. Нейродинамические нарушения речи в остром периоде ишемического инсульта. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2023. – Т. 123, № 12-2. – С. 12–16.
32. Фониатрия и фонопедия / Л.Б. Дмитриев, Л.М. Телелева, С.Л. Таптапова, И.И. Ермакова – М. Медицина, 1990. – 72с.: ил.
33. Хатькова С.Е., Погорельцева О.А. Алгоритмы диагностики и лечения когнитивных нарушений и дисфагии у пациентов после инсульта // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2024. – Т. 124, № 4-2. – С. 100–107 DOI: 10.17116/jnevro2024124042100

34. Шкловский, В.М., Визель Т.Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии – М.: «Ассоциация дефектологов», В. Секачев, 2000. – 96 с.
35. Шохор-Троцкая (Бурлакова) М.К. Речь и афазия. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, В.Секачев,2001. – 416с.
36. Шохор-Троцкая (Бурлакова) М.К. Стратегия и тактика восстановления речи. – М: Изд-во ЭКСМО-Пресс, В.Секачев, 2001. – 432с., илл.
37. Dziewas, R., Allescher, HD., Aroyo, I. et al. Diagnosis and treatment of neurogenic dysphagia – S1 guideline of the German Society of Neurology. *Neurol. Res. Pract.*3, 23 (2021). <https://doi.org/10.1186/s42466-021-00122-3>
38. Patrick Zuercher; (2019). Dysphagia in the Intensive Care Unit Epidemiology, Mechanisms, and Clinical Management. *Critical Care*, 103(23), 329–340.
39. Pflug, C., Bihler, M., Emich, K., Niessen, A., Nienstedt, J. C., Flugel, T., et al. (2018). Critical dysphagia is common in parkinson disease and occurs even in early stages: a prospective cohort study. *Dysphagia*, 33(1), 41–50.

ПРИЛОЖЕНИЯ

	<p>ПРИЛОЖЕНИЕ 1</p> <p>Стандартизированное скрининговое тестирование функции глотания (СТГ)</p>
---	---

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Клиническая диагностика дисфагии в соответствии с моделью пациента

Модель пациента	Клиническая диагностика
Пациент с нарушением сознания без трахеостомической трубки	Исследование полости рта, зубов и десен, регионарных лимфоузлов; определение чувствительности слизистой гортаноглотки, оценка глоточного рефлекса (наличие слюны в ротоглотке, сокращение задней стенки глотки), обследование артикуляционного аппарата пациента (мышечный тонус, чмн. – V, VII, IX, X, XI, XII)
Пациент с нарушением сознания с трахеостомической трубкой	Исследование полости рта, зубов, десен, регионарных лимфоузлов; чувствительности слизистой гортаноглотки; реакции на трахеостомическую трубку; санацию трахеи надманжеточного пространства; скопление в надманжеточном пространстве слюны и мокроты; оценка глоточного рефлекса; обследование артикуляционного аппарата пациента (мышечный тонус, чмн – V, VII, IX, X, XI, XII)
Пациент в сознании с трахеостомической трубкой	Исследование полости рта, зубов и десен, регионарных лимфоузлов; чувствительности слизистой гортаноглотки; реакции на трахеостомическую трубку; санацию трахеи надманжеточного пространства; скопление в надманжеточном пространстве слюны и мокроты; оценка глоточного рефлекса; обследование артикуляционного аппарата (чмн – V, VII, IX, X, XI, XII)
Пациент в сознании без трахеостомической трубки	Изучение анамнеза; СТГ; исследование полости рта, зубов и десен, регионарных лимфоузлов; оценка чувствительности слизистой ротоглотки (языка, щек, мягкого нёба); состояния рефлексов (глоточный – наличие слюны в ротоглотке, сокращение задней стенки глотки, реакция на глоток воды, движение щитовидного хряща и напряжение диафрагмы рта при глотке, способность проглатывать малые болюсы пищи, множественные глотательные движения на один болюс, редкое сглатывание слюны вне приёма пищи; рвотный; кашлевой; сосательный; хоботковый; обследование артикуляционного аппарата (артикуляторный праксис – оральный и символический); объём, сила, амплитуда движений органов артикуляции, мышечный тонус; фонация мягкого нёба; осиплость, гнусавость голоса; попёрхивание и кашель перед, во время или после глотка; изменение голоса после глотания воды; регургитация жидкости в полость носа; затруднённое дыхание во время приёма пищи или жидкости); инструментальное обследование- фиброларингоскопия, эзофагогастродуоденоскопия, видеофлюороскопия, рентгеновское обследование.

	<p align="center">ПРИЛОЖЕНИЕ 3</p> <p align="center">Тест оценки глотания с продуктами различной плотности и объема/ Объемно-вязкостный тест глотания/ Volume-Viscosity Swallow Test (V - VST)</p>
	<p align="center">ПРИЛОЖЕНИЕ 4</p> <p align="center">Оценка способности глотания/ Модифицированный тест оценки глотания Манн (MASA)</p>
	<p align="center">ПРИЛОЖЕНИЕ 5</p> <p align="center">Шкала оценки дизартрии</p>
	<p align="center">ПРИЛОЖЕНИЕ 6</p> <p align="center">Шкала Вассермана Л.И. для оценки степени выраженности речевых нарушений у больных с локальными поражениями мозга</p>