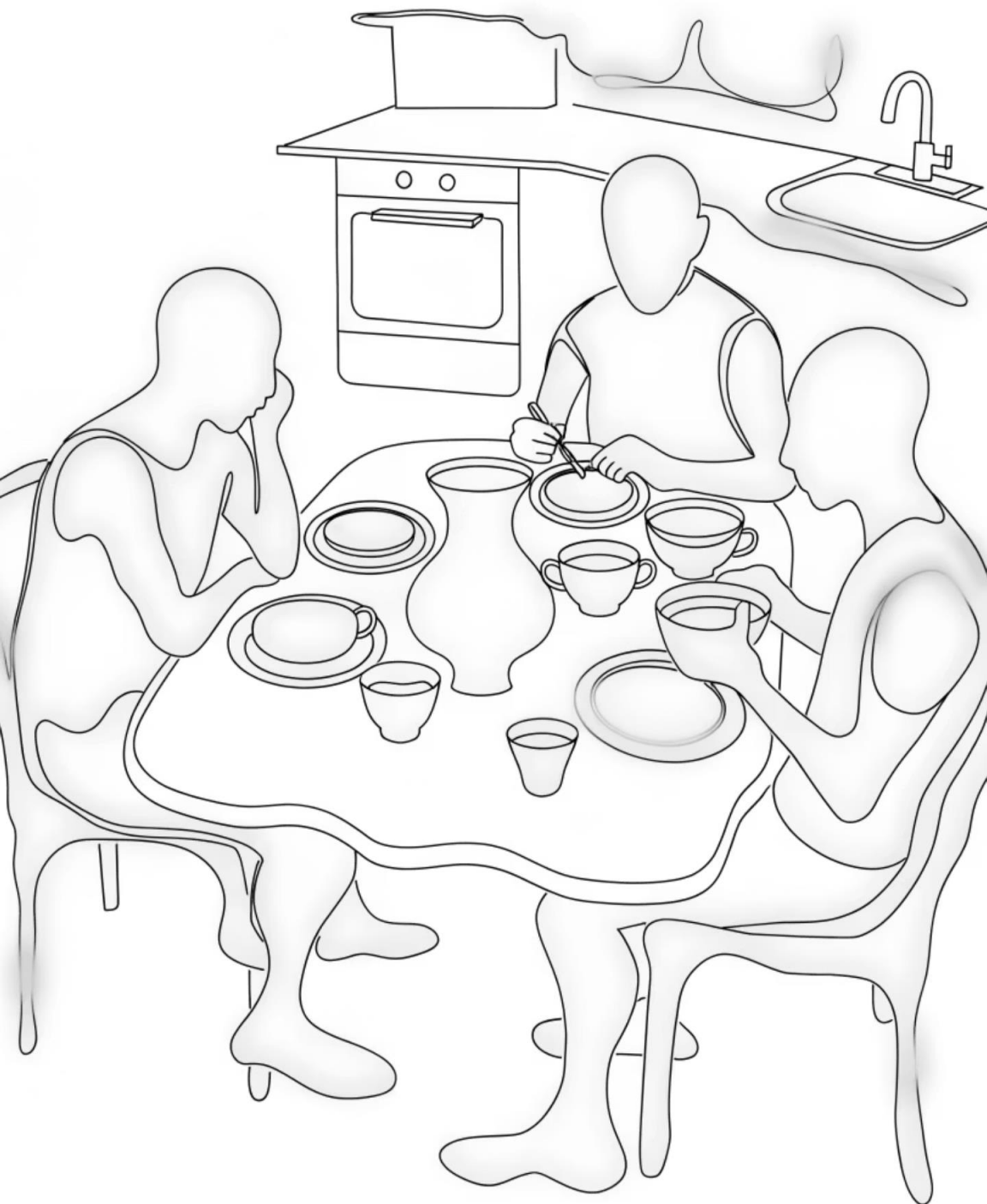


## Восстановление активности приема пищи и питья в эрготерапии

Физиологические основы, адаптация среды, работа с аппетитом и астенией

«Есть и пить можно только сидя. Даже пациенту с зондом поднимают головной конец не менее чем на 30 градусов»



# Психосоциальный контекст: где и как мы едим

## Обычная среда приема пищи

- Кухня или столовая, за столом
- Совместно с другими членами семьи
- В положении сидя, наблюдая пищу, напитки и действия окружающих

## Правила для пациента

- Если стабилен и можно перемещать → кормить за столом
- Если нельзя → как можно дальше от кровати (кровать — для сна и отдыха)

- i** Наблюдение за едой и приготовлением активирует **цефалическую фазу пищеварения**: выделение слюны, желудочного сока и подготовку к перевариванию — даже до первого укуса.

Создание **ощущения обычной жизни** — одна из ключевых реабилитационных целей. Привычная обстановка, знакомые предметы и социальный контекст приема пищи работают как мощный терапевтический инструмент.

# Вопросы для планирования вмешательства

Перед началом работы с пациентом эрготерапевт должен получить ответы на ключевые клинические вопросы, определяющие стратегию вмешательства.

Вопрос	Что оценивается	Инструменты
Как пациент может участвовать в процессе?	Доступные движения, поза, выносливость	Наблюдение, функциональный тест
Доступно ли ему понимание цели и процесса?	Когнитивный уровень, коммуникация	Скрининг, беседа
Возможна ли договоренность о сигналах?	АДК, жесты, мигания	Альтернативная коммуникация
Доступна ли деятельность целиком или фрагментами?	Оценка по стадиям активности	Анализ задачи
Нужно адаптировать задачу или предметы?	Характер требуемой адаптации	Пробная сессия

# Базовые правила безопасности приема пищи

## Только сидя

Принимать пищу и питье можно исключительно в положении сидя. Снижает риск аспирации и обеспечивает контроль глотания. При зонде и гастростоме — голова приподнята.

## Минимум 30° при необходимости

Если пациент не может сидеть — поднять головной конец кровати не менее чем на 30°. Это минимальный угол для безопасного пассажа пищи.

## Разбудить и посадить


Сонное состояние резко повышает риск аспирации. Пациента необходимо полностью разбудить перед кормлением.

## 30 минут после еды

При нарушениях глотания сохранять позу сидя не менее 30 минут после приема пищи — для профилактики рефлюкса и аспирации остатков.

## Жидкость — наибольший риск

Чем жиже пища, тем выше риск аспирации. Вода хуже всего контролируется при глотании из-за высокой скорости потока.

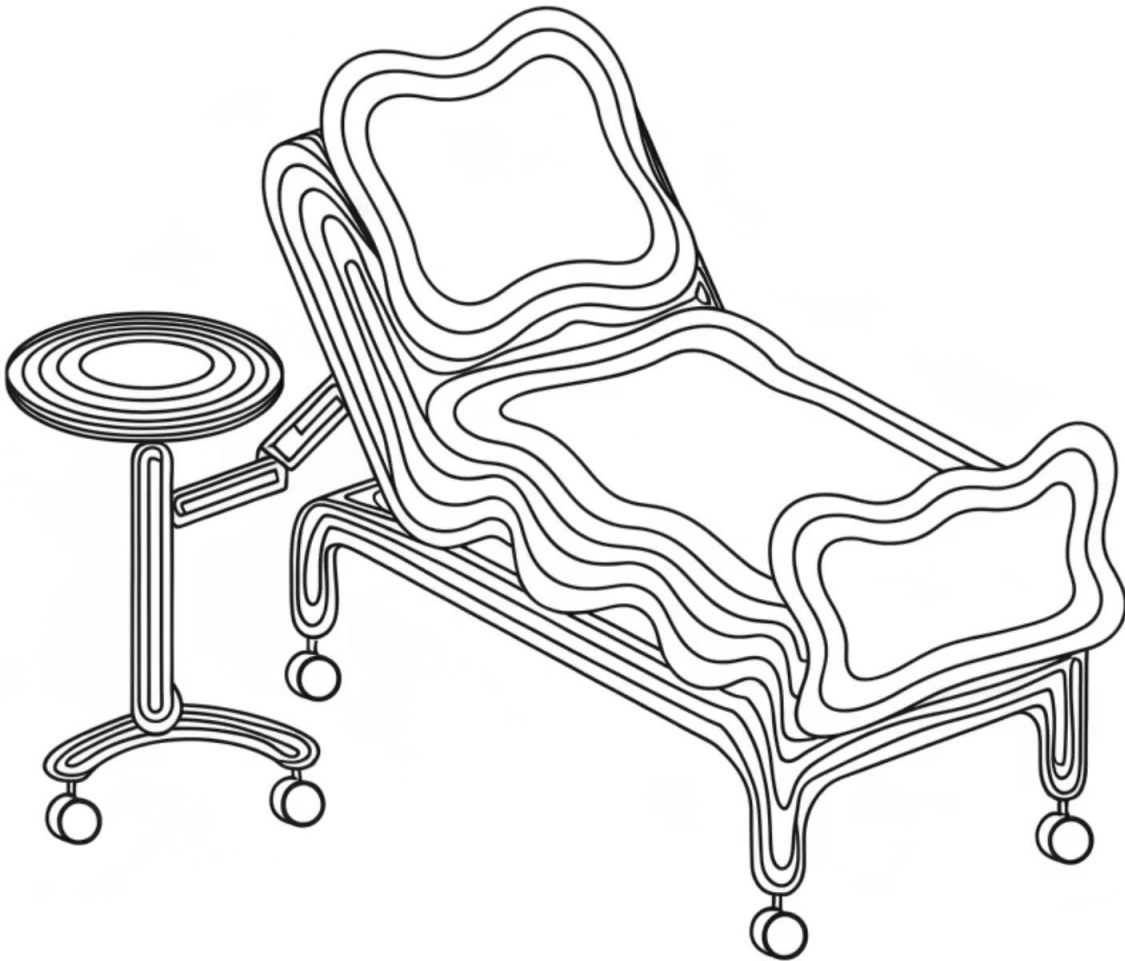
 Эрготерапевт должен иметь **полную информацию о функции глотания** пациента. Обязательна консультация логопеда-дисфаголога до начала работы с приемом пищи.

# Физиологическая схема активности «принимать пищу»

Прием пищи — сложная многоэтапная активность, включающая **14 последовательных шагов**. Нарушение на любом этапе требует специфической коррекции.

№	Этап	Возможные нарушения
1	Отсутствие стресса и тревоги	Тревога ухудшает аппетит, глотание, перистальтику
2	Симметричная поза сидя, стопы на опоре, наклон вперед	Асимметрия → аспирация, утомление
3	Ощутить и узнать еду (запах, вид)	Аносмия, агнозия, страх новой пищи
4	Ощутить и узнать приборы	Апраксия, незнакомые предметы
5	Дотянуться, захватить, удержать приборы	Парез, спастичность, тремор, слабость
6	Приблизить еду ко рту	Нарушение координации «глаз–рука», неглект
7	Открыть рот, положить еду	Тризм, апраксия открывания рта
8	Ощутить еду во рту, сомкнуть губы	Гипестезия, недержание слюны
9	Жевать и дышать (переключение)	Дискоординация жевания и дыхания
10	Перемещать пищевой ком, контролировать слюну	Снижение подвижности языка, гиперсаливация
11	Глотать и дышать попеременно	Дисфагия, риск аспирации
12	Ощутить освобождение рта (или остаток)	Нарушение чувствительности
13	Проглотить слюну и остаток	Нарушение заключительного глотка
14	Быть готовым к следующему циклу	Утомляемость, потеря интереса

# Адаптация для пациента, который не может сидеть



## Обязательные условия

- Функция глотания сохранна и оценена логопедом
- Пациент может двигать руками
- Головной конец кровати поднят  $\geq 30^\circ$  — жёсткая опора, не подушки

## Категорически нельзя

- Поднимать только шею/голову (риск рефлюкса)
- Использовать мягкие подушки — нестабильность, сдавление грудной клетки

## Почему жёсткая опора обязательна?

Мягкие подушки → пациент «сворачивается» → грудная клетка сдавлена → нарушение дыхания, прохождения пищи по пищеводу, изменение положения желудка.

## Оснащение

- Жёсткая, ровная опора для спины
- Кроватный столик: устойчивый, регулируемый по высоте
- Боковые упоры при необходимости

# Адаптация предметов и задачи

Проблема	Адаптация
Трудно поднимать руку	Валики под локти
Плохой захват ложки	Утолщённая ручка (поролон, накладки)
Ложка выпадает	Ремешок на запястье
Невозможен захват в привычной плоскости	Изогнутая (эргономическая) ложка
Тремор, атаксия	Утяжелённая ручка ложки
Нестабильное запястье/большой палец	Ортез на запястье
Жидкая пища вытекает из ложки	Густая вязкая пища (пюре, йогурт)
Риск повредить лицо вилкой	Пластиковая (не одноразовая) вилка
Неглект	Зеркало — пациент видит руки и предметы, не лицо

## Изменение сценария задачи

- Пить суп из кружки вместо ложки
- Брать твёрдую пищу руками
- Разделить порцию на мелкие кусочки
- Разделить пищу по текстуре — не смешивать твёрдое, жидкое, вязкое
- Сделать пищу гомогенной (пюре)

✔ Адаптация предметов и сценария задачи решает **до 50% проблем** с самостоятельным приёмом пищи без увеличения объёма физической помощи.

# Частичное ассистирование: правила взаимодействия

1

Уровень 1 — Полная самостоятельность

Пациент берёт хлеб, подносит ко рту, откусывает. Помощник **не вмешивается**.

2

Уровень 2 — Частичная поддержка

Пациент зачерпывает ложкой еду. Помощник **поддерживает руку**, пациент сам регулирует скорость и направление.

3

Уровень 3 — Максимальная помощь

Пациент только открывает рот. Ухаживающий **подносит ложку** и удерживает её.

## Критические условия для помощи

- Все этапы оговариваются заранее с пациентом — через жесты, сигналы, АДК
- Пациент выбирает сигналы: начало, завершение помощи, пауза при дискомфорте

Предварительная репетиция — **не совмещать** обучение и приём пищи

- Описанные договорённости о сигналах и уровнях помощи применяются **не только при приёме пищи**, но и при восстановлении любой активности с участием помогающих.

# Слабость и отсутствие аппетита: работа с астенией

Астения и анорексия — частые спутники хронических заболеваний, онкологии, постинсультных состояний и нейродегенераций. Эрготерапевт работает с функциональными и средовыми причинами снижения аппетита.

Причина	Механизм	Что делать
Боль	Торможение пищевого центра	Обезболивание до еды, удобная поза
Депрессия, тревога	Снижение дофаминергической активности	Психологическая поддержка, рутина, еда в компании
Утомление (астения)	Невозможность завершить длительный приём пищи	6–8 малых порций в день, высококалорийные продукты
Изменение вкуса и запаха	Искажение сенсорных сигналов (лекарства, химиотерапия)	Холодная еда, усиление вкуса (специи, лимон)
Нарушение глотания	Страх подавиться → отказ от еды	Консультация дисфаголога, изменение консистенции
Отсутствие привычной среды	Незнакомая еда, посуда, поза	Максимальное приближение к домашним условиям

## Энергосбережение


Сидеть с опорой, столик близко, адаптированные приборы без лишних усилий

## Микро-циклы

3–5 глотков → пауза → повтор. Не требовать съесть всё сразу

## Мотивация выбором

Предложить 2–3 варианта блюд, дать возможность взять еду рукой самостоятельно

 **Важно:** При выраженной астении не следует настаивать на полной порции. Лучше 10 мл каждые 15–20 минут, чем отказ от еды из-за истощения.

## Поза сидя: биомеханические требования для приёма пищи

Параметр	Требование	Последствие нарушения
Таз	Уровень, симметрично, на сидельных буграх	Перекося → сколиоз позы → асимметрия глотания
Бёдра и колени	Согнуты ~90°, стопы на полу или подставке	Без опоры → смещение ЦТ → неустойчивость, спастичность
Спина	Прямая, лёгкий наклон вперёд 5–10°, жёсткая опора	Сгорбленность → сдавление диафрагмы → затруднение дыхания и глотания
Плечи	Опущены, симметрично	Поднятые → избыточный тонус шеи → дисфагия
Голова	По средней линии, лёгкий наклон вперёд, подбородок не запрокинут	Запрокидывание → риск аспирации
Руки	Свободны, предплечья на столе	Без опоры → быстрая утомляемость

### Если пациент не может сидеть без поддержки:

- Фиксация таза (ремень, валики)
- Боковые упоры
- Подставка для ног
- Индивидуально подобранное кресло с функцией наклона

«Если центр тяжести смещён — пациент испытывает чувство падения, мышцы рефлекторно повышают тонус, тревога растёт — он откажется от еды»

# Алгоритм адаптации приёма пищи

Структурированный 11-шаговый алгоритм обеспечивает безопасность и эффективность вмешательства на каждом этапе.



Алгоритм применяется последовательно: каждый шаг является обязательным условием для перехода к следующему. Пропуск любого этапа повышает риск аспирации, отказа от еды или закрепления нежелательных паттернов.

# Работа с отсутствием аппетита: поведенческие и средовые методы



## Фиксированное расписание еды

Приём пищи в одно и то же время формирует условно-рефлекторное отделение пищеварительных соков, независимо от субъективного чувства голода.



## Еда в компании

Социальная фасилитация повышает потребление пищи на **20–30%**. Пациент ест вместе с семьёй или другими пациентами.



## Усиление сенсорных стимулов

Яркая посуда, приятный запах (лимон, ваниль), красивая сервировка активируют цефалическую фазу и повышают интерес к еде.



## Мини-порции

Тарелка диаметром 15–18 см и малое количество еды снижают психологический барьер: «столько я точно осилю».



## Исключение негативных стимулов

Убрать из поля зрения шприцы, лекарства, медицинские процедуры. Ассоциация еды с болью блокирует аппетит.

 **Никогда не заставлять есть через силу — это закрепляет отрицательную условную связь и усиливает пищевое отвращение в будущем.**

# Резюме: 10 ключевых принципов

- 1** Безопасность прежде всего  
Только сидя или  $\geq 30^\circ$ , разбудить, не укладывать 30 минут после еды.
- 2** Поза — основа всего  
Симметрия, опора стоп, жёсткая поддержка спины, наклон вперёд.
- 3** Жидкость опаснее твёрдой пищи  
Вода — самый высокий риск аспирации из-за скорости потока.
- 4** Обучение через наблюдение  
Пациент должен видеть еду, посуду, процесс приготовления.
- 5** Адаптация предметов решает 50% проблем  
Утолщение, изгиб, утяжеление ручек, ортезы — простые и эффективные инструменты.
- 1** Частичная помощь уважает достоинство  
Договариваться о сигналах, репетировать до еды, соблюдать уровни.
- 2** При слабости — энергосбережение  
Малые порции, поддержка рук, частые паузы, высококалорийные продукты.
- 3** При отсутствии аппетита — убрать стресс  
Усилить сенсорные стимулы, фиксировать рутину, еда в компании.
- 4** Никогда не кормить насильно  
Принудительное кормление формирует пищевое отвращение.
- 5** Командная работа  
Эрготерапевт + логопед-дисфаголог + диетолог + психолог.

# Литература для углубления

Logemann J.A. (2018)

*Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders* — фундаментальный клинический справочник по оценке и лечению нарушений глотания.

Cichero & Murdoch (2015)

*Dysphagia: Foundation, Theory and Practice* — теоретические основы и клиническая практика дисфагии.

Law, Baptiste & Carswell (2014)

*COPM* — Канадская мера выполнения деятельности; инструмент для выбора приоритетных активностей в эрготерапии.

Российские КР по эрготерапии (2022)

Раздел «Обучение приёму пищи» — национальные клинические рекомендации по эрготерапии.

КР по дисфагии (СРР, 2021)

Клинические рекомендации по дисфагии Союза реабилитологов России — актуальный отечественный стандарт.



Спасибо за внимание

# «Мы не кормим пациента»

«Мы создаём условия, в которых он может есть с удовольствием и безопасно.»



**Безопасность**

Поза, глотание, протокол



**Адаптация**

Среда, предметы, задача



**Взаимодействие**

Договорённости, сигналы, команда



**Достоинство**

Выбор, самостоятельность, удовольствие