

Особенности питания пациентов после перенесенного инсульта и роль нутритивной поддержки

М. В. Чиркова

Журнал «Лечащий Врач», Москва, Россия, mara@osp.ru

Резюме

Введение. III Всероссийский нейроконгресс с международным участием собрал 10-11 октября 2025 года в Москве неврологов, нейрохирургов, а также специалистов сопутствующих областей: врачей общей врачебной практики, физической и реабилитационной медицины, логопедов, специалистов по эрготерапии, специалистов по рентгенэндоваскулярным методам диагностики и лечению и других. В программу Конгресса было включено проведение тематических сессий с участием врачей, имеющих опыт научной и практической деятельности в области неврологии и смежных дисциплин.

Результаты. Сегодня в арсенале современной медицины имеется большое количество подходов и возможностей для восстановления пациентов, перенесших инсульт. О том, как наиболее эффективно осуществлять реабилитацию пациентов в самые первые дни после инсульта, шла речь на состоявшемся в рамках конгресса сателлитном симпозиуме ООО «Нутриция» «Инновации в реабилитации ОНМК: возможности первых 90 дней», главным образом фокусируясь на нутритивной поддержке, помогающей справиться с белково-энергетической недостаточностью и дисфагией и повысить способность пациентов к самообслуживанию.

Ключевые слова: острый инсульт, реабилитация, трехглотковая проба, лечебное питание, нутритивная поддержка

Для цитирования: Чиркова М. В. Особенности питания пациентов после перенесенного инсульта и роль нутритивной поддержки. *Лечащий Врач*. 2025; 11 (28): 115-120. <https://doi.org/10.51793/OS.2025.28.11.015>

Конфликт интересов. Автор статьи подтвердила отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Nutrition features for patients after a stroke and the role of nutritional support

Marina V. Chirkova

The Lechaschi Vrach journal, Moscow, Russia, mara@osp.ru

Abstract

Background. The Third All-Russian Neurocongress with international participation brought together neurologists, neurosurgeons, and specialists from related fields, including, general practitioners, physical and rehabilitation medicine specialists, speech therapists, occupational therapists, specialists in endovascular diagnostic and treatment methods, and others. The Congress program included thematic sessions with the participation of doctors with scientific and practical experience in neurology and related fields.

Results. Today, modern medicine has a large number of approaches and opportunities for the recovery of stroke patients. The most effective ways to rehabilitate patients in the first days after a stroke were discussed at a satellite symposium held as part of the congress by Nutricia LLC "Innovations in ACVA Rehabilitation: Opportunities in the First 90 Days," held as part of the congress, focusing mainly on nutritional support to help cope with protein-energy malnutrition and dysphagia and improve patients' ability to self-care.

Keywords: acute stroke, rehabilitation, three-swallow test, therapeutic nutrition, nutritional support

For citation: Chirkova M. V. Nutrition features for patients after a stroke and the role of nutritional support. *Lechaschi Vrach*. 2025; 11 (28): 115-120. (In Russ.) <https://doi.org/10.51793/OS.2025.28.11.015>

Conflict of interests. Not declared.

В лекции «Клинические рекомендации в структуре оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК» **Николай Анатольевич Шамалов, д.м.н., профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики РНИМУ имени Н. И. Пирогова, директор Института цереброваскулярной патологии и инсульта Федерального центра мозга и нейротехнологий ФМБА России, главный невролог Минздрава РФ, главный невролог ДЗМ (Москва),** напомнил собравшимся, что медицинская помощь в России, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации, осуществляется на основе действующих клинических рекомендаций.

Клинические рекомендации по неврологии создаются под эгидой Всероссийского общества неврологов в сотрудничестве с почти тридцатью другими профессиональными ассоциациями, это большая комплексная работа, осуществляемая в междисциплинарном взаимодействии, отметил докладчик. Все утвержденные клинические рекомендации доступны при обращении к Рубрике рекомендаций (http://cr.minzdrav.gov.ru/clin-rec), существует и мобильная версия Рубрикеатора.

При остром инсульте следует использовать методические рекомендации «Реабилитация в отделении реанимации и интенсивной терапии (РеабИТ)», клинические рекомендации «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака» [1] и «Российские клинические рекомендации по проведению нутритивной поддержки у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения» [2].

Современные подходы к ведению больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК), подчеркнул Н. А. Шамалов, предусматривают широкий комплекс мер, включая новые пункты — коррекцию дисфагии и проведение нутритивной поддержки.

Дисфагия, или нарушение глотания, — частое проявление острого инсульта, которое является независимым фактором риска снижения функциональной способности и повышенной смертности пациента через 3 месяца после инсульта. С нарушениями глотания сталкиваются до 78% пациентов с инсультом [3]. У таких больных в 11 раз выше риск развития аспирационной пневмонии [4], которая в 3 раза повышает риск смерти пациента [5].

Сегодня при ишемическом и геморрагическом инсульте предписывается выполнение оценки состоятельности глотания при помощи теста оценки глотания (трехглотковая проба с использованием пульсоксиметра) в течение первых 3 часов пребывания в стационаре. Пациентам с дисфагией рекомендуется использование диеты с измененной текстурой и/или загущенных жидкостей с целью контроля баланса жидкости и потребления питательных веществ [1]. При необходимости рассматривается установка назогастрального зонда или чрескожной гастростомии. Своевременная диагностика и коррекция дисфагии помогают снизить риски развития осложнений и неблагоприятных исходов.

Пациенты с ОНМК имеют высокий риск развития мальнутриции, поэтому им требуется нутритивная поддержка — лечебное питание с контролем потребностей в энергии и белке. Нутритивная поддержка пациента с предпочтением продуктов специализированного питания для профилактики мальнутриции и развития белково-энергетической недостаточности становится сегодня неотъемлемым компонентом лечения, подчеркнул докладчик. Нутритивная поддержка пациента как в остром периоде после инсульта, так и в период дальнейшего восстановления существенно снижает риски

летального исхода у пациентов, а отсроченное начало питания сопровождается ухудшением клинико-неврологических исходов и ростом числа осложнений [1].

Согласно Приказу Минздрава РФ № 1008н от 23.09.2020 г. «Об утверждении порядка обеспечения пациентов лечебным питанием», лечебное питание должно назначаться не позднее чем через 4 часа с момента поступления пациента в стационар.

Рацион лечебного питания должен соответствовать энергетическим затратам пациента, удовлетворять физиологические потребности человека в макро- и микронутриентах, а также обеспечивать коррекцию нарушенных или утраченных в результате заболевания функций организма, в том числе с использованием продуктов энтерального питания. В первую неделю после начала интенсивной терапии пациентов гипокалорическая диета предпочтительнее, чем изокалорическая. Раннее потребление белка в количестве 1,2–1,3 г/кг/сут сопровождается улучшением клинико-неврологических исходов заболевания [1].

У взрослых пациентов с ишемическим инсультом и нутритивной недостаточностью (или с высоким риском ее развития), у которых отсутствует дисфагия, рекомендуется применение специализированных продуктов питания с высоким содержанием энергии и белка для снижения риска летального исхода и улучшения функционального восстановления. Полиморбидные пациенты должны получать 1,2–1,5 г белка/кг массы тела в сутки с целью предотвращения потери массы тела, снижения риска смертности, осложнений и повторной госпитализации, а также улучшения функционального исхода и качества жизни. У взрослых пациентов с ишемическим инсультом старше 65 лет с нутритивной недостаточностью или с высоким риском ее развития рекомендуется продолжение нутритивной поддержки после выписки из стационара при помощи дополнительного приема специализированных продуктов лечебного питания [1].

Новые клинические рекомендации обобщают научные доказательства эффективности и безопасности медицинских вмешательств, разработаны с учетом принципов доказательной медицины и призваны облегчить принятие решений практикующим врачом и пациентом. Они информируют об эффективных и безопасных методах диагностики, лечения, реабилитации и профилактики, упрощают и делают более эффективными процессы принятия врачебных решений, способствуют внедрению современных технологий, тем самым повышая качество оказываемой медицинской помощи, подытожил Н. А. Шамалов.

Тему высокой значимости лечебного питания для пациентов в лекции «Факторы успешной реабилитации пациента после ОНМК — и это не только фармакология» продолжил **Андрей Юрьевич Суворов, к.м.н., ученый секретарь Федерального центра мозга и нейротехнологий ФМБА России, доцент кафедры медицинской реабилитации РНИМУ им. Н. И. Пирогова (Москва).**

«Если больного кормить, у него и сил будет больше», — так начал свой доклад А. Ю. Суворов. Когда количество потребляемых питательных элементов, необходимых для функционирования организма, ниже, чем их расход, наблюдается недостаточное восполнение белково-энергетических потребностей больного. Распространенность недоедания у пациентов, перенесших инсульт, может достигать 62% [2, 6, 7], при этом основной причиной мальнутриции и обескровивания у пациента после инсульта является дисфагия. Недостаточность питания (нутритивная недостаточность) мешает реабилитации, увеличивает продолжительность

госпитализации и способствует появлению осложнений в виде саркопении и пролежней, встречающихся у 33% больных [2]. Саркопения — физиологическая реакция на малоподвижность, которая неизбежно возникает у пациентов в ОРИТ, достигая 30% потери мышечной массы (по данным метаанализа 52 исследований с участием 3251 пациента [8]). Если при этом в рационе пациента ОРИТ не хватает белка, микроэлементов и витаминов, ситуация усугубляется. При этом, подчеркнул А. Ю. Суворов, недостаточность питания у пациентов может наблюдаться и в домашних условиях, и она может быть дополнительной причиной когнитивного дефицита, встречающегося у 50% пациентов, выживших через 6 месяцев после инсульта.

Интенсивная реабилитация в условиях нутритивной недостаточности может давать обратный эффект — способствовать ухудшению неврологической симптоматики и приводить к развитию или усилению полиорганной недостаточности у больного.

Как же определить адекватную физическую нагрузку? Это достаточно просто. Если при лечебной физкультуре, работе с психологом или логопедом или просто при осмотре у пациента повышаются сатурация, частота сердечных сокращений (ЧСС) и систолическое артериальное давление (САД), это означает адекватную физиологическую реакцию на нагрузку и пользу от нее, пояснил А. Ю. Суворов. Если такого не происходит, реабилитация не приносит пользы, поскольку недостаток физической нагрузки приводит к снижению уровня функционирования (угасанию всех функций) больного. Однако если при нагрузке наблюдается урежение пульса и падение САД, это означает ситуацию заведомой перегрузки, которая вредит больному и недопустима, так как может привести к повтору ишемической ситуации. Таким образом, для успешной реабилитации необходимо понимать, какова минимальная нагрузка, которую должен получать пациент, и какова максимальная безопасная для него нагрузка, и действовать в этом реабилитационном коридоре (рис. 1).

Согласно порядку медицинской реабилитации больного, на первом этапе (двигательный режим Ia строгий постельный или Ib постельный) задачей является адаптация пациента

к горизонтальному положению, а также адаптация к нагрузкам в горизонтальном положении и подготовка к началу вертикализации. Это предусматривает реабилитационные мероприятия продолжительностью от 1 часа до 3 часов в сутки. На втором этапе (двигательный режим IIa полупостельный и IIb палатный) осуществляется адаптация к начальной постепенной вертикализации, положение сидя, и адаптация к полной вертикализации, положение стоя. На третьем этапе (двигательный режим IIIa свободный и IIIb щадящий) происходит адаптация к нагрузкам низкой интенсивности на фоне приема медикаментов и к нагрузкам низкой интенсивности с максимально возможным исключением медикаментов. Реабилитационные мероприятия должны длиться не менее 3 часов в сутки, на втором этапе ежедневно, на третьем — 1 раз в 48 часов. Все реабилитационные мероприятия, для обеспечения их эффективности и безопасности, должны проходить под контролем пульса и САД, еще раз напомнил докладчик.

В число методов повышения толерантности пациента к физической нагрузке входят дыхательные упражнения, аэробные циклические упражнения, нутритивная и медикаментозная поддержки (средства, улучшающие метаболизм миокарда; нейротрофическая и регенераторно-репаративная терапия; средства, улучшающие вегетативную регуляцию).

Дыхательная гимнастика оказывает воздействие на вегетативную регуляцию, функцию дыхания, сердечно-сосудистую и лимфатическую системы. Возможно применение пассивных (контактное дыхание, контактные вибрации, лечебные положения — дренажные, релаксационные, увеличивающие мобильность грудной клетки, массаж) и активных техник, если пациент способен контактировать с врачом (изменение объемных параметров дыхания, изменение временных параметров дыхания, локализованное дыхание, смешанные техники — аутогенный дренаж, полное дыхание, дыхание во время ингаляции и др.). Когда к окончанию дыхательной гимнастики у пациента нарастает сатурация и урежается ЧСС, это означает наглядный положительный результат. Все упражнения должны способствовать насыщению организма пациента кислородом, подчеркнул А. Ю. Суворов.

Кардиотренировка — это любая циклическая физическая нагрузка низкой или средней интенсивности в течение не менее трех минут в аэробном режиме. Ее можно осуществлять в любом положении — лежа, сидя, стоя. У пациентов с инсультом, разумеется, это низкоинтенсивная нагрузка, и, как показывает опыт, даже простое и доступное в любом случае сгибание рук в локтях в течение 3–5 минут приносит пользу, отметил докладчик. Таким образом, что касается алгоритма контроля функционального состояния пациента в процессе реабилитации, то в него входят определение двигательного режима с помощью малонагрузочных функциональных проб (положение пациента в течение дня, исходное положение на занятии лечебной физкультурой), определение максимально допустимого уровня ЧСС по формуле $ЧСС_{\max \text{ сут}} = (145 - ЧСС_{\text{покоя}}) \times 60\% + ЧСС_{\text{покоя}}$, а также подбор реабилитационных программ.

Ключевую роль для эффективной реабилитации пациента с инсультом и увеличения его толерантности к физической нагрузке играет своевременная нутритивная поддержка, то есть включение в рацион больного специализированных продуктов лечебного питания. А. Ю. Суворов представил линейку продукции компании «Нутриция», используемой для предотвращения недоедания, потерь мышечной массы и развития слабости, коррекции дисфагии и профилактики осложнений (рис. 2).





Применение высококалорийных продуктов с повышенным содержанием белка для диетического лечебного и диетического профилактического питания Нутридринк способно компенсировать недоедание у пациентов и избежать потерь мышечной массы и слабости. Специализированные лечебные продукты Нутридринк имеют различный вкус, что облегчает подбор питания согласно индивидуальным предпочтениям больного, а удобная баночка с винтовой крышкой позволяет легко дозировать потребление в несколько приемов.

При дисфагии эффективно применение загустителей Нутилис Клиар и Нутилис Паудер на основе ксантановой и гуаровой камеди, с их помощью можно загущать любые жидкости и напитки, такие как кофе, чай, вода, сок, молоко до различных консистенций (сироп, пудинг, пюре), что позволяет избежать аспирации и делает ненужным питание через зонд.

Использование продуктов специализированного питания Нутризон Кубизон Нутридринк, представляющих собой полнорационные смеси для лечебного энтерального питания с высоким содержанием белка, витаминов и микроэлементов, помогает преодолеть недостаточность питания и ускорить консолидацию пролежней у больных. Эти смеси могут применяться как перорально, так и через назогастральный зонд или гастростому.

Докладчик привел результаты многоцентрового исследования ЦЕНТРИС, в рамках которого в 2024 году была доказана клиническая эффективность применения продуктов специализированного лечебного питания на I-III этапах восстановительного периода ОНМК по сравнению с текущим подходом к питанию [9]. Исследование показало достоверное увеличение индекса мобильности Ривермид и показателей физической силы в группе нутритивной поддержки по сравнению с контрольной группой, что является вполне естественным и ожидаемым, отметил А. Ю. Суворов.

Все сведения по результатам нутритивной и медикаментозной поддержки пациентов находят отражение в современных клинических рекомендациях по инсульту и транзиторной ишемической атаке, резюмировал докладчик.

Более подробно об исследовании ЦЕНТРИС рассказало в лекции «*Результаты многоцентрового исследования ЦЕНТРИС по оценке клинической эффективности применения продуктов специализированного питания при ОНМК*» Надежда Александровна Жигульская, невролог, анестезиолог-реаниматолог неврологического отделения для больных с нарушениями мозгового кровообращения Воронежской областной клинической больницы № 1 (Воронеж).

Последствия инсульта — одна из основных причин недееспособности взрослых в мире, и ранняя реабилитация имеет решающее значение для выздоровления пациента, его возвращения к самообслуживанию и к профессиональной деятельности [1]. Ключевым периодом являются первые 90 дней после ОНМК, поскольку именно тогда возможно наиболее полное восстановление утраченных функций и важно в это время использовать все возможные стратегии, в том числе применение клинического лечебного питания.

В течение длительного времени врачи испытывали дефицит доказательной базы для назначения продуктов специализированного питания у пациентов с инсультом именно в аспекте их влияния на процессы реабилитации, подчеркнула выступающая.

Важным событием 2024 года стало проведение под руководством главного специалиста по медицинской реабилитации Минздрава РФ д.м.н. Г. Е. Ивановой и главного внештатного специалиста невролога Минздрава РФ д.м.н. Н. А. Шамалова при поддержке компании «Нутриция» исследования ЦЕНТРИС («Многоцентровое проспективное рандомизированное открытое исследование по оценке клинической эффективности и экономической целесообразности алгоритма нутритивной поддержки пациентов после ишемического инсульта на всех этапах реабилитации раннего восстановительного периода по сравнению с иными полноценными диетами»), первого в России подобного исследования.

Целью работы была оценка клинической эффективности алгоритма применения продуктов специализированного лечебного питания на I-III этапах раннего восстановительного периода ОНМК по сравнению с текущим подходом к питанию. В исследовательскую группу (группу нутритивной

поддержки) вошли 60 пациентов, получавших специализированное лечебное питание Нутридринк 2 упаковки в сутки (400 мл, 600 ккал, 24 г белка) в качестве второго завтрака и полдника в дополнение к обычной диете и загущение пищи и воды с применением Нутилис Клиар, в контрольную группу — 30 пациентов, находившихся на обычной диете. Возраст больных составлял 45-75 лет, все они перенесли первичный инсульт ишемического типа (острая фаза), оценка по ШРМ $\leq 3-5$ баллов, оценка по шкале комы Глазго ≥ 13 баллов, у них наблюдались постинсультная дисфагия 1-4-й степени и нутритивная недостаточность [9].

• После выписки из стационара (на 30-й день) все пациенты исследовательской группы были повторно рандомизированы в две подгруппы. Первая, подгруппа полной нутритивной поддержки, продолжала получать специализированные продукты лечебного питания Нутилис Клиар при необходимости модификации консистенции пищи и смесь Нутридринк Нутризон Эдванст в гиперкалорическом разведении в объеме, эквивалентном объему одной упаковки обычного Нутридринка. Данная смесь может использоваться небольшими порциями по необходимости и была выбрана для того, чтобы приблизить условия проведения исследования к повседневной жизни пациента. Пациенты второй подгруппы, после выписки из стационара придерживались обычного домашнего рациона питания с использованием загустителя Нутилис Клиар в случаях сохраняющейся дисфагии.

• Пациенты контрольной группы в течение исследования получали любые продукты питания, соответствующие принятой практике того исследовательского центра, где они проходили лечение, а после выписки придерживались обычного домашнего рациона питания.

Калорийность и белковая ценность рациона в обеих группах были сопоставимы и определялись из расчета 25-30 ккал и 1,2-1,5 г белка на 1 кг массы пациента в сутки.

Говоря о наиболее значимых результатах исследования, Н. А. Жигульская прежде всего отметила влияние нутритивной поддержки на уровень самообслуживания пациентов. На момент включения в исследование все пациенты имели низкий балл по шкале Бартела, были зависимы от посторонней помощи, но уже к 30-му дню, т. е. к моменту выписки домой, в исследовательской группе было 11,7% полностью независимых от посторонней помощи пациентов, что в 4 раза больше, чем в контрольной группе. Еще более показательным, что к 90-му дню этот показатель вырос в 3 раза, т. е. 37% пациентов (каждый третий) из группы нутритивной поддержки были полностью самостоятельны и могли себя обслуживать в быту без посторонней помощи, тогда как в контрольной группе таких пациентов не стало совсем, и даже та доля независимости, которая наблюдалась у них на 30-й день, была утрачена (рис. 3).

Таким образом, непрерывная нутритивная поддержка в течение первых 90 дней после инсульта способствует улучшению результатов восстановления. Она ассоциирована и с лучшими показателями физической активности, что подтверждается оценкой с использованием индекса мобильности Ривермид, учитывающего походку, равновесие и активность перемещения. Значение индекса может составлять от 0 (невозможность самостоятельного выполнения каких-либо произвольных движений) до 15 (способность пробежать 10 метров). В контрольной группе пациенты к окончанию исследования только приблизились к тому показателю, который пациенты группы нутритивной поддержки достигли уже на 30-й день исследования. К 90-му дню пациенты исследовательской группы значительно опередили контрольную. Предсказуемо, показатели

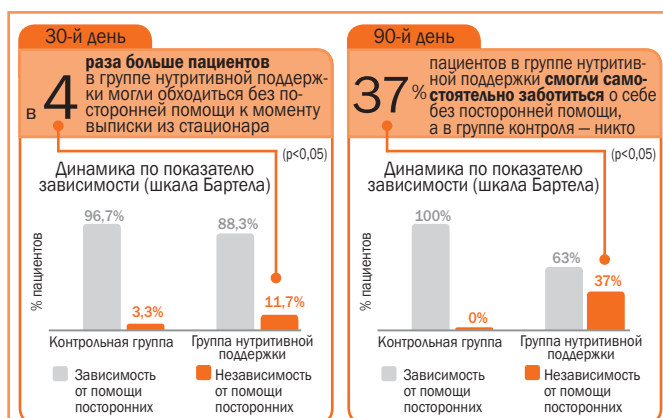


Рис. 3. Оценка по шкале Бартела пациентов группы нутритивной поддержки и контрольной группы в ходе исследования [предоставлено докладчиком] / Assessment on the Barthel scale of patients in the nutritional support group and the control group during the study [provided by the speaker]

физической силы пациентов группы нутритивной поддержки также были выше (20,3 на 30-й и 22,78 ДаН на 90-й день), чем у контрольной группы (20,3 и 21,96 ДаН на 30-й и 90-й день соответственно).

Не менее важна и роль специализированного питания в преодолении дисфагии. Оценка функции глотания у пациентов убедительно продемонстрировала преимущество нутритивной поддержки в течение 90 дней. Использование загустителей Нутилис Клиар способствовало большему снижению выраженности дисфагии и связанных с ней осложнений (-84% в исследовательской группе и -59% в контрольной к 90-му дню).

Качество жизни пациентов по шкале качества жизни EQ-5D-3L (оценивались подвижность, забота о себе, обычная деятельность, боль/дискомфорт, тревога/депрессия) было на 30% выше в группе нутритивной поддержки, чем в контрольной группе.

Таким образом, подвела итог Н. А. Жигульская, исследование ЦЕНТРИС доказало, что непрерывная нутритивная поддержка с использованием специализированных продуктов лечебного питания в течение первых 90 дней после инсульта помогает преодолеть белково-энергетическую недостаточность, улучшает результаты восстановления, ассоциирована с более высокими показателями мобильности и значимо меньшей выраженностью дисфагии и связанных с ней осложнений, способствует поддержанию мышечной силы и выносливости, поднимает качество жизни пациентов и их способность к самообслуживанию. Нутритивная поддержка — это шанс на наиболее полное восстановление пациента, и важно его не упустить.

Завершила симпозиум лекция «Практические вопросы нутритивной поддержки», которую представила **Ольга Даниловна Ларина, логопед, старший научный сотрудник Федерального центра мозга и нейротехнологий ФМБА России (Москва).**

Дисфагия — это любое затруднение или дискомфорт при продвижении пищи изо рта в желудок. С течением времени дисфагия может вызывать потерю веса и повторные инфекции грудной клетки. Усовершенствовать лечение нарушений глотания означает улучшить качество жизни людей, страдающих дисфагией.

Инсульт часто ассоциирован с дисфагией [10], до 78% пациентов с инсультом сталкиваются с проблемой нарушения глотания [2, 11], которая закономерно приводит к снижению потребления пищи и развитию у 43% пациентов белково-энергетической недостаточности, а снижение потребления жидкости — к дегидратации [12].

Симптомы дисфагии — это кашель или удушье во время еды или питья; возвращение еды, иногда через нос; ощущение, что еда застряла в горле; стойкое слюнотечение при приеме пищи; неспособность правильно пережевывать пищу. О дисфагии может говорить и изменение голоса пациента после приема пищи. Выделяют 4 степени выраженности постинсультной дисфагии: I степень — пациент испытывает сложности с проглатыванием твердых продуктов, II степень — проглатывается только жидкая пища, III степень — нарушено глотание не только твердой еды, но жидкостей, слюны, IV степень — становится невозможным проглатывание любой пищи.

Как облегчить процесс приема пищи для пациента, который хочет продолжать есть и пить? Скорректировать проявления дисфагии различной степени тяжести и преодолеть белково-энергетическую недостаточность, позволяя пациенту безопасно питаться, тем самым облегчая потребление белка и калорий с пищей, помогает использование загустителей.

Загустители Нутилис Клиар и Нутилис Паудер помогают создавать различные варианты загущения, обеспечивая индивидуальный подход к каждому пациенту. Они выгодно отличаются от крахмала, применение которого приводит к развитию ксеростомии, накоплению крахмала в грушевидных карманах гортани и фолликулах миндалин пациента, а также к расслаиванию и порче продуктов питания. Нутилис Клиар и Нутилис Паудер не имеют этих недостатков. С их помощью можно загущать привычную для пациента еду и напитки, получая как незначительно загущенные жидкости (консистенция сиропа), слабо загущенные (консистенция нектара или крема) и умеренно загущенные (консистенция пудинга). Необходимая степень загущения определяется логопедом, а использование мерной ложечки, прилагаемой к банке с загустителем, позволяет среднему и младшему медицинскому персоналу легко выполнять рекомендацию.

Загущение с помощью Нутилис Клиар и Нутилис Паудер сохраняется в течение нескольких часов, это позволяет пациенту принимать пищу в удобное ему время, загущать можно как холодные, так и теплые жидкости, и загущенный продукт можно разогревать.

Нутилис Клиар подходит для загущения воды, сохраняет прозрачность и цвет напитков, облегчая процесс приема пациентами и решая проблему соблюдения питьевого режима. Ксантановая и гуаровая камедь в составе загустителя легко отдают связанную воду в кишечнике пациента, предупреждая развитие запоров, а маленький расход для загущения порции (одна банка на 3 недели при средней степени дисфагии) экономически выгоден для длительных курсов терапии.

Нутилис Паудер эффективно загущает еду, напитки и специализированное питание, такое как сипинги и приготовленные смеси. Он экономически выгоден для проведения коротких курсов (расход — одна банка на 8 дней при средней степени дисфагии).

Таким образом, загущение еды, напитков и специализированного питания с помощью Нутилис Клиар и Нутилис Паудер помогает увеличивать потребление белка, калорий и нутриентов пациентом. Структура загущенных продуктов длительное время сохраняется неизменной, что позволяет загустить сразу большую порцию. Использование загуси-

телей позволяет снизить затраты на лечение аспирационной пневмонии и других осложнений у больных с ОНМК.

В заключение лекции О. Д. Ларина представила слушателям специальную программу компании «Нутриция» «Готовим для жизни» [13], посвященную питанию пациентов, восстанавливающихся после инсульта, включая рецепты блюд, в состав которых будут входить загустители. Эти блюда будут иметь привычный для пациентов вид и вкус, что повысит качество питания и жизни пациентов, поддерживая их в желании выздороветь и вести полноценную социальную жизнь. **ЛВ**

Литература/References

1. Клинические рекомендации «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака». 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/814_1. Clinical guidelines "Ischemic stroke and transient ischemic attack" (2024) https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/814_1 (In Russ.)
2. Российские клинические рекомендации по проведению нутритивной поддержки у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения. <https://rehabrus.ru/Docs/2020/protokol-nutritsii-pri-onmk-32.pdf>. Russian clinical guidelines for nutritional support in patients with acute cerebrovascular disorders. <https://rehabrus.ru/Docs/2020/protokol-nutritsii-pri-onmk-32.pdf> (In Russ.)
3. Rofes L., et al. Neurogastroenterology & Motility. 2018; e13338.
4. Martino R., Foley N., Bhogal S., et al. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. Stroke. 2005; 36: 2756–2763.
5. Katzan I. L., Cebul R. D., Husak S. H., Dawson N. V., Baker D. W. The effect of pneumonia on mortality among patients hospitalized for acute stroke. Neurology. 2003; 60: 620–625. Image from: [tps://images.app.goo.gl/VHAAfz9PwcozJs458](https://images.app.goo.gl/VHAAfz9PwcozJs458), terms: CC BY-SA 4.0.
6. Chai J., Chu F., Chow T., Shum N. Prevalence of malnutrition and its risk factors in stroke patients residing in an infirmary. Singap Med J. 2008; 49 (4): 290.
7. Foley N. C., Martin R. E., Salter K. L., Teasell R. W. A review of the relationship between dysphagia and malnutrition following stroke. J Rehabil Med. 2009; 41 (9): 707–713.
8. Fazzini, et al. The rate and assessment of muscle wasting during critical illness: a systematic review and meta-analysis. Critical Care. 2023; 27: 2.
9. Многоцентровое исследование по оценке клинической эффективности алгоритма нутритивной поддержки у пациентов после ишемического инсульта. Итоговый отчет: <https://narnis.ru/research/32753/>. Multicenter study to evaluate the clinical efficacy of a nutritional support algorithm in patients after ischemic stroke. Final report: <https://narnis.ru/research/32753/> (In Russ.)
10. Остапенко В. С., Мхитарян Э. А. Когнитивные расстройства и дисфагия в пожилом возрасте. Consilium Medicum. 2024; 26 (2): 131–134. DOI: 10.26442/20751753.2024.2.202674. Ostanenko V. S., Mkhitarayan E. A. Cognitive disorders and dysphagia in older adults. Consilium Medicum. 2024; 26 (2): 131–134. DOI: 10.26442/20751753.2024.2.202674 (In Russ.)
11. Carrion S., et al. Clinical Nutrition. 2015; 34: 436e442.
12. Teasell R., et al. Dysphagia and Aspiration following stroke. EBRSR. March 2018.
13. Специальный проект компании «Нутриция». <https://nutricia-medical.ru/cooking-for-life/>. Special project by Nutricia <https://nutricia-medical.ru/cooking-for-life/> (In Russ.)

Сведения об авторе:

Чиркова Марина Витальевна, редактор журнала «Лечащий Врач»; Россия, 123056, Москва, а/я 82; mara@osp.ru

Information about the author:

Marina V. Chirkova, editor of The Lechaschi Vrach journal; a/z 82 Moscow, 123056, Russia; mara@osp.ru

Поступила/Received 28.10.2025

Поступила после рецензирования/Revised 10.11.2025

Принята в печать/Accepted 12.11.2025