

Барна Юлия Васильевна,
Институт физической культуры, спорта и молодежной политики
Уральский Федеральный университет

Берников Ярослав Михайлович,
Институт физической культуры, спорта и молодежной политики
Уральский Федеральный университет

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Аннотация. В статье рассматривается роль нутритивной поддержки в раннем восстановительном периоде у пациентов, перенесших ишемический инсульт. Освещаются патофизиологические аспекты нутритивного дефицита, методы оценки нутритивного статуса, стратегии и методы питания (энтеральное и парентеральное), а также влияние адекватного нутритивного обеспечения на неврологическое восстановление, снижение риска осложнений и улучшение общего прогноза. Подчеркивается междисциплинарный подход и важность раннего начала нутритивной поддержки в рамках комплексной реабилитации.

Ключевые слова: Ишемический инсульт, нутритивная поддержка, ранний восстановительный период, дисфагия, нутритивный статус, энтеральное питание, медицинская реабилитация.

Ишемический инсульт сохраняет позиции одной из главных причин смертности и стойкой инвалидизации в глобальных масштабах [9]. Современный подход к ведению таких пациентов подразумевает не только экстренную реперфузию и вторичную профилактику, но и комплексную восстановительную терапию, направленную на максимально возможное возвращение к прежней жизни. В структуре этой терапии нутритивная поддержка (НП) перестала быть вспомогательной мерой, превратившись в доказанный критически важный компонент, определяющий течение раннего восстановительного периода (первые 6 месяцев). Её цель – преодолеть катаболический стресс, обеспечить пластические процессы в повреждённом мозге и создать метаболический фундамент для успешной физической и когнитивной реабилитации.

Нутритивная недостаточность – частое и прогностически неблагоприятное осложнение, встречающееся, по разным данным, у 6-62% пациентов, перенёсших инсульт [6, 10]. Её развитие носит мультифакторный характер. Ведущим непосредственным причинным фактором является дисфагия – нарушение глотания, которое в остром периоде инсульта наблюдается у 29-81% больных [3]. Это приводит к снижению перорального питания, страху перед аспирацией и, как следствие, к недостаточному поступлению нутриентов. Дополнительными значимыми факторами выступают гиперметаболизм и гиперкатаболизм, обусловленные стрессовой реакцией организма на повреждение мозга; часто сопутствующие когнитивные нарушения и депрессия, приводящие к снижению аппетита и забывчивости в отношении приёма пищи; а также ограничения самообслуживания (гемипарезы, апраксия).

Последствия дефицита питания тяжелы и создают порочный круг, затрудняющий восстановление: потеря мышечной массы (саркопения) и силы, увеличение риска инфекционных осложнений (в первую очередь, аспирационной пневмонии), развитие пролежней, ухудшение нейропластичности. Систематические обзоры убедительно демонстрируют, что нутритивная недостаточность ассоциирована с повышенной летальностью, удлинением сроков госпитализации и худшими функциональными исходами через 6 месяцев после инсульта [1, 10].



Основой эффективной нутритивной поддержки является последовательный алгоритм, начинающийся со скрининга.

1. Скрининг и оценка нутритивного статуса. Ведущие международные (ESPEN, АНА/ASA) и российские клинические рекомендации предписывают проводить скрининг риска нутритивной недостаточности в первые 24-48 часов с момента госпитализации [3, 8]. Для этого используют валидизированные инструменты, такие как NRS-2002 (Nutritional Risk Screening) или MUST (Malnutrition Universal Screening Tool). Обязательным компонентом оценки у пациента с инсультом является проверка функции глотания (например, с помощью трёхглоткового водного теста) для определения безопасного пути приёма пищи и жидкости.

2. Расчёт потребностей. Потребность в энергии определяется индивидуально, составляя в среднем 30-35 ккал/кг фактической массы тела в сутки. Для более точного расчёта могут применяться формулы Харриса-Бенедикта или Миффлина-Джеора с введением стресс-коэффициента (до 1.7) [8]. Потребность в белке существенно повышена для поддержки синтеза нейротрансмиттеров и репаративных процессов: рекомендуемый диапазон – 1.2-1.5 г/кг/сут, а при наличии саркопении – до 2.0 г/кг/сут [4].

3. Выбор пути питания. Приоритет всегда отдаётся энтеральному питанию (ЭП).

При сохранённом безопасном глотании используется пероральный приём пищи с модификацией консистенции (пюре, загущённые жидкости) и обязательным обогащением рациона высококалорийными, высокобелковыми специализированными смесями (сиппингами).

При наличии дисфагии, но функционирующем ЖКТ, в первые 24-48 часов должен быть установлен назогастральный зонд для проведения зондового ЭП сбалансированными полимерными смесями [3, 5]. Раннее начало зондового питания достоверно снижает смертность и улучшает исходы.

Парентеральное питание применяется лишь при абсолютной несостоятельности ЖКТ.

4. Мониторинг и коррекция. Эффективность нутритивной поддержки требует ежедневного контроля толерантности (объём остатка по зонду, диарея) и регулярной (1-2 раза в неделю) лабораторной оценки (уровень альбумина, преальбумина, абсолютное число лимфоцитов). Обязателен строгий контроль гликемии, так как гипергликемия ухудшает неврологический прогноз.

Адекватное нутритивное обеспечение – это активный фактор, потенцирующий реабилитационный процесс. Достаточное поступление белка и незаменимых аминокислот необходимо для синтеза дофамина, серотонина и других нейромедиаторов, непосредственно участвующих в формировании новых нейронных связей (нейропластичности) – основы восстановления движений, речи и когнитивных функций [2]. Исследования последних лет показывают, что применение НП, обогащённой омега-3 полиненасыщенными жирными кислотами, витаминами-антиоксидантами (С, Е) и витамином D, может дополнительно улучшать показатели повседневной активности и снижать уровень системного воспаления [7, 9].

Нутритивная поддержка в раннем восстановительном периоде после ишемического инсульта представляет собой строго регламентированное, научно обоснованное и высокоэффективное направление лечения. Её организация должна быть ранней, систематической и интегрированной в общий мультидисциплинарный план ведения пациента. Своевременная коррекция нутритивного дефицита позволяет снизить риск жизнеугрожающих осложнений, создать оптимальные условия для нейровосстановления и, в конечном итоге, повысить шансы пациента на возвращение к независимой жизни. Дальнейшие исследования должны быть направлены на оптимизацию состава нутритивных смесей для постинсультных пациентов и разработку персонализированных протоколов питания.



Список литературы:

1. Нутритивная поддержка на разных этапах реабилитации после инсульта. Фонд борьбы с инсультом ОРБИ. <https://orbifond.ru/about-stroke/nutritional-support-in-stroke-rehabilitation/>
2. Крылов К.Ю., Свиридов С.В., Веденина И.В., Ягубян Р.С. Нутритивная поддержка как часть базовой терапии пациента в остром периоде ишемического инсульта, находящегося на искусственной вентиляции лёгких в отделении реанимации и интенсивной терапии // Клиническое питание и метаболизм. 2022. Т. 3, № 4. С. 207–216. DOI: <https://doi.org/10.17816/clinutr119857>.
3. Мохор В. Нутритивная поддержка пациентов после инсульта // Медицинский вестник (medvestnik.by). <https://medvestnik.by/konspektvracha/nutritivnaya-podderzhka-patsientov-posle-insul-ta>
4. Восстановление после инсульта — ключевые советы и факты. Nutricia Medical. <https://nutricia-medical.ru/articles/insult-i-reabilitacziya-posle.html>
5. Громова Д.О., Захаров В.В. Вопросы ведения пациентов в восстановительном периоде ишемического инсульта // Эффективная фармакотерапия. 2020. Т. 16, № 4. С. 8–16. DOI: 10.33978/2307-3586-2020-16-4-8-16.
6. Ko SH. Nutritional Supplementation in Stroke Rehabilitation: A Narrative Review. Brain Neurorehabil. 2022 Mar 25;15(1):e3. DOI: 10.12786/bn.2022.15.e3. PMID: 36743842. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9833461/>.
7. Siewers K, Svaerke K, Rosenørn AE, Christensen H. Nutritional care in rehabilitation and acute care of stroke patients: a systematic review of clinical practice guidelines. Front Stroke. 2025 Apr 10;4:1558019. DOI: 10.3389/fstro.2025.1558019. <https://www.frontiersin.org/journals/stroke/articles/10.3389/fstro.2025.1558019/full>.
8. Foley N, Teasell R, Richardson M, Wiener J, Finestone H. Nutritional Interventions Following Stroke. Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation (EBRSR). 2018. <http://ebsr.com/sites/default/files/v18-SREBR-CH16-NET-1.pdf>.
9. Chen H, et al. Influence of nutritional status on rehabilitation efficacy of patients after stroke—a scoping review. Front Neurol. 2025 Jan 29;16:1502772. DOI: 10.3389/fneur.2025.1502772. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11813746/>.
10. Sakai K, et al. Effects of Nutrition Therapy in Older Stroke Patients Undergoing Rehabilitation: A Systematic Review and Meta-Analysis. Clinical Nutrition ESPEN. 2023. DOI: 10.1016/j.clnesp.2023.08.021. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S127977072301031X>.

