

*Ионов Станислав Николаевич
доктор медицинских наук, профессор
Медицинский университет «Реавиз»,
Россия, г. Москва
e-mail: apparin83@mail.ru*

*Орлина Маргарита Анатольевна
кандидат биологических наук, доцент
Медицинский университет «Реавиз»,
Россия, г. Москва*

*Пинигина Анна Юрьевна
старший преподаватель
Медицинский университет «Реавиз»,
Россия, г. Москва*

*Худотеплова Лидия Михайловна
студентка 4 курса,
лечебный факультет
Медицинский университет «Реавиз»,
Россия, г. Москва*

*Сунгурова Елизавета Николаевна
студент 4 курса,
лечебный факультет
Медицинский университет «Реавиз»,
Россия, г. Москва*

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ИМПРЕССИВНОЙ И ЭКСПРЕССИВНОЙ РЕЧИ У БОЛЬНЫХ С СЕНСОРНОЙ И МОТОРНОЙ ФОРМАМИ АФАЗИИ

Аннотация: Цель работы изучить нарушения импрессивной и экспрессивной речи у больных с моторной и сенсорной формами афазии, а также дифференцированный подход к восстановительному обучению, определить, в чем выражаются специфические трудности восстановления импрессивной и экспрессивной речи у больных с сенсорной и моторной формами афазии, а также какие психолого-педагогические условия способствуют их выявлению и восстановлению.

Ключевые слова: Афазия. нарушения, афферентная, сенсорная, речь, приемы, мышцы, восстановление, поражение, дефекты. формы.

Ionov Stanislav Nikolaevich

*doctor of medical sciences, professor
Medical University "Reaviz",
Russia, Moscow*

*Orlina Margarita Anatolievna
candidate of biological sciences, associate professor
Medical University "Reaviz",
Russia, Moscow*

*Pinigina Anna Yurievna
senior lecturer
Medical University "Reaviz",
Russia, Moscow*

*Khudoteplova Lidia Mikhailovna
4th year student,
medical faculty
Medical University "Reaviz",
Russia, Moscow*

*Sungurova Elizaveta Nikolaevna
4th year student,
medical faculty
Medical University "Reaviz",
Russia, Moscow*

RESTORATION OF IMPRESSIVE AND EXPRESSIVE SPEECH IN PATIENTS WITH SENSORY AND MOTOR FORMS OF A

***Abstract:** The aim of the work is to study violations of impressive and expressive speech in patients with motor and sensory forms of aphasia, as well as a differentiated approach to restorative learning, to determine what specific difficulties of restoring impressive and expressive speech in patients with sensory and motor forms of aphasia are expressed, as well as what psychological and pedagogical conditions contribute to their identification and recovery.*

Key words: Aphasia. disorders, afferent, sensory, speech, techniques, muscles, recovery, lesion, defects. forms.

Введение. Наверное, мало на земле людей, у которых в семье у близких не случались инфаркты, инсульты, черепно-мозговые травмы. И многие видели, как тяжело приходилось восстанавливаться таким людям, когда человек забывает даже самые простые вещи – что такое ручка, для чего ложка или когда человек

явно знает, что это, а сказать не может. Очень хотелось помочь, но помочь не получалось [1].

Наша главная задача состоит в том, чтобы помочь пострадавшему и его близким преодолеть эту проблему нарушения различных компонентов речевой деятельности, мешающих нормально существовать.

Современные представления в психологии и нейропсихологии дают нам основание рассматривать афазия, прежде всего, как причину дезинтеграции всей психической сферы человека. При афазии нарушаются все функции речи, все стороны слова (фонетическая, семантическая, т. е. его значение, смысл, предметная отнесенность), практически все виды и формы речи, психофизиологическая основа и психологическая ее структура. Больные с афазией испытывают огромные трудности как в разговорной речи, так и в ее понимании; в синдром афазии, как правило, входят нарушения не только письма и чтения, но нередко и счета счетных операций [4].

Афазия. нарушения, классификация. Афазия — полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга.

Причинами возникновения афазии являются нарушения мозгового кровообращения (ишемия, геморрагия), травмы, опухоли, инфекционные заболевания головного мозга. Афазии сосудистого генеза чаще всего возникают у взрослых людей. В результате разрыва аневризм сосудов головного мозга, тромбоэмболии, вызванных ревматическим пороком сердца, и черепно-мозговых травм. Афазии нередко наблюдаются у подростков и лиц молодого возраста.

Афазия возникает примерно в трети случаев нарушений мозгового кровообращения, наиболее часто наблюдается моторная афазия [5].

У детей афазия возникает реже, как результат черепно-мозговой травмы, опухолевого образования или осложнения после инфекционной болезни.

Афазия — одно из наиболее тяжелых последствий мозговых поражений, при котором системно нарушаются все виды речевой деятельности. Сложность

речевого расстройства при афазии зависит от локализации поражения (например, расположение очага поражения при кровоизлиянии в подкорковых отделах мозга позволяет надеяться на спонтанное восстановление речи), величины очага поражения, особенностей остаточных и функционально сохранных элементов речевой деятельности, при левшестве. Реакция личности больного на речевой дефект и особенности преморбидного строения функции (например, степень автоматизации чтения) определяют фон восстановительного обучения.

В основе любой фонемы афазии лежит та или иная первично нарушенная нейрофизиологическая и нейропсихологическая предпосылка (например, нарушение динамического или конструктивного праксиса, фонематического слуха, апраксии артикуляционного аппарата и т. п., которая ведет к специфическому системному нарушению понимания речи, письма, чтения, счета. При афазии специфически системно нарушается реализация разных уровней, сторон, видов речевой деятельности (устная речь, речевая память, фонематический слух, понимание речи, письменная речь, чтение, счет и т. д.). Большой вклад в понимание нарушения речи при афазии внесен как нейрофизиологией, так и нейропсихологией и нейролингвистикой [10].

Во многих работах по афазии не придавалось должного значения нарушению слова и его роли в нарушении всей речи или, наоборот, акцентировалось внимание на анализе нарушения только слова. Мы хотим обратить внимание на то, что все уровни языка — фонема, звук, слово, предложение, текст — взаимосвязаны и вносят свое специфическое в содержание языка и в процесс речи, ее структуру, содержание и функции.

Классификации афазии А.Р. Лурия изучил и описал шесть форм афазии:

— эфферентную моторную афазию (поражение заднелобных отделов коры мозга — зона Брока). Основным механизмом (фактором) синдрома этой формы афазии является нарушение кинетической организации речи, которое приводит к нарушению устной речи из-за невозможности переключиться с одного элемента речи на другой. В клинической картине мы видим это как симптом персевераций;

— афферентную моторную афазию (поражение задних постцентральных отделов двигательного анализатора, нижних теменных отделов). Фактором, лежащим в основе этой формы афазии, является нарушение уже другого важного элементарного психического процесса — нарушение кинестетической основы речи. Это ведет больного к невозможности произнести отдельный звук, поскольку звуки, близкие по месту и способу происхождения, замещаются друг другом;

— сенсорную афазию (поражение задней трети верхней височной извилины — зона Вернике). Фактором, лежащим в основе синдрома этой формы афазии и нарушения понимания речи, является нарушение фонематического слуха, которое и ведет к дефектам звукоразличения;

— акустико-мнестическую афазию (поражение средней височной извилины). Эта форма афазии так же, как и динамическая, не имеет нарушений сенсомоторного уровня и является многофакторной, поскольку она возникает при поражении третичной зоны. По А.Р. Лурия, её фактором является нарушение слухоречевой памяти. Наши собственные исследования показали, что нарушается не память, а объём восприятия и предметные образы-представления, которые и ведут к необычному синдрому этой формы афазии;

- семантическую афазию (поражение зоны ТРО). Эта форма афазии изучена А.Р. Лурией, и им же выделен фактор, ведущий к сложному синдрому афазии — нарушению пространственного и квазипространственного восприятия. Этот фактор проявляется в симптомах нарушения по питанию логико-грамматических, конструкций. Эта форма афазии также возникает при поражении третичной зоны, зоны ТРО;

- амнестическую афазию (поражение височно-теменно-затылочной области). Эта форма афазии существовала со времени открытия ее К. Вернике и переходила из одной классификации в другую. А.Р. Лурия первым начал ее изучение. Впоследствии эта форма афазии изучалась, и был выдвинут фактор нарушения номинативной функции речи при этой форме афазии — нарушения предметных образов-представлений.[1]

Учениками Лурии была выделена еще одна форма афазии — динамическая афазия (поражения отделов мозга, располагающихся впереди от зоны Брока, и дополнительной речевой «зоны Пенфилда»). Эта форма афазии одна из сложнейших для ее квалификации и по своему синдрому, и по протеканию. В этом случае не нарушаются ни моторные (как в предыдущих формах), ни сенсорные (как в последующих формах) механизмы, но нарушается внешний уровень организации произвольной, продуктивной речи. Здесь нарушаются высшие вербальные синтезы.

Экспериментально-диагностическое исследование. Как показали результаты первичного обследования, больные с сенсорной и комплексной моторной афазией испытывают трудности понимания речи. Однако у больного с комплексной моторной афазией эти трудности носят вторичный характер. Больной, в общем, понимает ситуативную речь, частично выполняет простые устные инструкции. Имеются ошибки при выполнении ряда простых и сложных устных инструкций. Понимание внеситуативных видов речи затруднено. Отмечены сложности показа серий предметов, серий частей тела, а также серий предметных изображений. Во время обследования были отмечены персеверации, а также увеличение латентного периода реагирования. Имеются элементы отчуждения смысла слова при предъявлении названий отдельных частей тела, предметов, а также их серий. Понимание флективных отношений, сложных логико – грамматических оборотов недоступно, понимание предложно – падежных конструкций затруднено. Понимание субъектно – объектных отношений доступно в полной мере. Объем слухоречевой памяти исследовать затруднено. Спонтанная речь практически отсутствует. Договаривание фраз доступно. Также доступен повтор ряда звуков, слогов, коротких слов. Для повтора согласных звуков характерно смягчение, для повтора слогов – добавление артикуляционных призвуков. Повтор серии слогов недоступен. Возможна диалогическая речь, но при этом отмечаются эхолалии. Также возможно называние единичных частотных номинаций. Составление фраз по картинке и пересказ текста недоступно.

Больной с сенсорной афазией ситуативные вопросы понимает, понимание парадоксальных вопросов нарушено. Понимание простых инструкций доступно, понимание сложных инструкций больному недоступно. Возможен показ предметов, но их названия при выборе из 8-10 предметных картинок, а также показ серии картинок невозможен. Самостоятельное высказывание представлено отдельными словами и словосочетаниями, речепродуцирование увеличено, отмечается диссоциация в состоянии произвольной и непроизвольной речи. Автоматизированная речь затруднена. Дезавтоматизированная речь недоступна. Возможно повторение отдельных звуков и прямых слогов, простых частотных слов, с многочисленными повторениями, в поисках правильного звукового оформления слова. Повторение серии слов затруднено. Повторение фраз, произвольное название предметов также вызывает трудности. Называние действий с теми же особенностями: литеральные и вербальные парафазии. Составление фразы по картинке, а также с заданным словом затруднено.

Восстановительная работа. Содержание программы восстановительного обучения. В связи с перестройкой здравоохранения и уменьшением сроков лечения остро встаёт вопрос о применении методик, позволяющих восстановить речь в более короткие сроки у больных после инсультов, черепно-мозговых травм, инфарктов. Разработкой методик занимались такие специалисты, как Лурия А.Р., Бейн Э.С., Коган В.М., Визель Т.Г., Оппель В.В., Шкловский В.М., Шохор-Троцкая М.К., Цветкова Л.С. и другие.

Восстановительное обучение осуществлялось по программе нейрореабилитации Центра патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения г. Москвы.

1. Методика Шкловского В.М. и Визель Т.Г. На базе стационарного неврологического отделения неврологического центра Филиал № 1 ФГКУ "ГВКГ имени Ак. Н.Н.Бурденко" Минобороны России восстановительное обучение ведется по методике Лурии А.Р., модифицированной Шкловским В.М.

и Визель Т.Г.

2. Восстановительное обучение при моторной афазии афферентного типа. [10]

3. Компьютерная система восстановления предметной и глагольной лексики. Сотрудниками ЦПРН была разработана компьютерная система восстановления предметной и глагольной лексики у больных с нарушением высших психических функций, в том числе речи. Это компьютерный вариант обучающей системы тестов и упражнений, используемых для восстановления речи у больных с афазией.

Основными целями программы (с компьютерной точки зрения) являются:

1. Визуализация вербальных и невербальных средств обучения;
2. Возможность манипулирования изображениями и текстами.
3. Обеспечение «обратной связи» - реакции компьютера на правильность выполнения задания.

Настоящая программа позволяет:

1. Освободить обучающего (врача) от рутинного повторения одних и тех же заданий, сосредоточив его внимание на подборе наиболее адекватных заданий для данного больного.

2. В некоторых случаях дать возможность больному самостоятельно выполнять упражнения в максимально большом объеме.

3. С помощью компьютера обеспечить выработку как можно большего числа различных невербально- вербальных ассоциаций.

Приёмы восстановительного обучения, используемые в ходе эксперимента. В экспериментальную группу вошли два пациента с различными видами афазии: с комплексной моторной преимущественно афферентного типа афазией и с сенсорной афазией [12].

Для каждого пациента была составлена индивидуальная программа восстановительной работы.

Велась работа над расширением рамок слухового восприятия и восстановление понимания развернутой речи (показ предметов (реальных и на

картинках) и частей тела по названиям, предъявляемым парами, тройками и т.д.; выполнение 2-3-х звеньевых устных инструкций; ответы на вопросы, усложненные по синтаксической структуре; прослушивание текстов, состоящих из нескольких предложений и ответы на вопросы по их содержанию; письмо под диктовку постепенно наращиваемых фраз; чтение постепенно наращиваемых фраз с последующим воспроизведением по памяти каждого из предложений и всего набора в целом), преодолением слабости слухо-речевых следов (повторение по памяти прочитываемых букв, слов, фраз с постепенным увеличением промежутка времени между прочтением и воспроизведением, а также с заполнением паузы другим видом деятельности; заучивание наизусть коротких стихотворных и прозаических текстов; повторный показ предметов и картинных изображений через 5-10 сек., через 1 минуту после первого предъявления; чтение текстов с «отставленным» по времени пересказом; составление устно предложений по опорным словам, воспринимаемым зрительно; перечисление по буквам слов с постепенно усложняющейся звуковой структурой с постепенным уходом от письменного образца этих слов), преодолением трудностей называния (подбор слов на заданный звук, слог; смысловое обыгрывание в контекстах различного типа слов, обозначающих предметы, действия и разнообразные признаки предмета; выработка обобщенных понятий путем классификации слов по категориям; подбор обобщающего слова к группам слов, относящихся к той или иной категории; заполнение пропусков во фразах; подбор определений, синонимов, антонимов к словам), организацией развернутого высказывания (составление рассказов по серии сюжетных картинок; пересказ текстов (по подробному плану, свернутому плану и без плана); развернутые диалоги на внеситуативные темы), восстановлением письменной речи (различные виды звукобуквенного анализа состава слова с постепенным свертыванием числа внешних опор; самостоятельное письмо слов и фраз по картинке или в письменном диалоге; улавливание искажений в деформированных сложно-сочиненных и сложно-подчиненных предложениях) и др.

Были проведены занятия по темам: «Одежда», «Семья», «Больница», «Фрукты», «Овощи», «Посуда» и другие, велась работа над текстом.

Были проведены индивидуальные и групповые занятия. А также компьютерные занятия и трудотерапия.

Индивидуальные занятия включали в себя различные методы.

Для пациента с комплексной моторной (преимущественно афферентного типа) афазией были применены методы

интонационные. Больной четко произносил предложение и должен был найти соответствующую ему картинку. Также активно использовали чтение стихов, известных больному;

Для пациента с сенсорной моторной афазией были применены методы:

классификации предметных картинок, счетные операции, рисование по образцу и по слову, раскладывание последовательных сюжетных картинок и др.

Вывод. Несмотря на длительное и интенсивное изучение афазии, большое количество публикаций, тем не менее на сегодняшний день остается много неизученных проблем афазии, дискуссионных вопросов, неуточненных понятий. Все это требует дальнейшего изучения этого сложного явления, важного как для теории афазии, так и для практической работы по ее преодолению.

Исследование дало основание сделать важное для понимания природы афазии предположение о преимущественном нарушении в импрессивной речи при всех формах афазии семантического уровня в структуре процесса понимания слова из-за дефектов перешифровки фонетической структуры слова на его значение как решающего признака нарушения понимания речи при афазии, но имеющего разные механизмы возникновения.

Во все времена развития учения об афазии и в настоящее время остро стоял вопрос о возможностях и путях восстановления нарушенной речи при афазии. В разные времена этот вопрос решался исследователями по-разному. Долгое время считалось, что нарушенная ВПФ, в том числе и речь, не восстанавливается, а человек с нарушенной речью навсегда остается инвалидом. Неправильно было бы считать это решение чисто историческим, т. к. и в настоящее время в

некоторых зарубежных странах и исследователи, и практики-врачи считают невозможным восстановление ВПФ, нарушенных органическим поражением мозга.

Поражение задних модально-специфических зон мозговой коры (постцентральных, височных и теменно-затылочных отделов) («задней речевой зоны») ведет к формированию различных форм афазии. При разных формах афазии по-разному нарушается «парадигматическая» организация импрессивной и экспрессивной речи.

Как показали результаты первичного обследования, больные с сенсорной и комплексной моторной афазией испытывают трудности понимания речи. Однако у больного с комплексной моторной афазией эти трудности носят вторичный характер. Больной, в общем, понимает ситуативную речь, частично выполняет простые устные инструкции. Имеются ошибки при выполнении ряда простых и сложных устных инструкций. Понимание внеситуативных видов речи затруднено. Отмечены сложности показа серий предметов, серий частей тела, а также серий предметных изображений. Во время обследования были отмечены персеверации, а также увеличение латентного периода реагирования. Имеются элементы отчуждения смысла слова при предъявлении названий отдельных частей тела, предметов, а также их серий. Понимание флективных отношений, сложных логико – грамматических оборотов недоступно, понимание предложно – падежных конструкций затруднено. Понимание субъектно – объектных отношений доступно в полной мере. Объём слухоречевой памяти исследовать затруднено. Спонтанная речь практически отсутствует. Также возможно называние единичных частотных номинаций. Составление фраз по картинке и пересказ текста недоступно.

Больной с сенсорной афазией ситуативные вопросы понимает, понимание парадоксальных вопросов нарушено. Понимание простых инструкций доступно, понимание сложных инструкций больному недоступно. Возможен показ предметов, но их названия при выборе из 8-10 предметных картинок, а также показ серии картинок невозможен. Самостоятельное высказывание

представлено отдельными словами и словосочетаниями, речепродуцирование увеличено, отмечается диссоциация в состоянии произвольной и непроизвольной речи. Автоматизированная речь затруднена. Дезавтоматизированная речь недоступна. Возможно повторение отдельных звуков и прямых слогов, простых частотных слов, с многочисленными повторениями, в поисках правильного звукового оформления слова. Повторение серии слов затруднено. Повторение фраз, произвольное название предметов также вызывает трудности. Называние действий с теми же особенностями: литеральные и вербальные парафазии. Составление фразы по картинке, а также с заданным словом затруднено.

Проведённое нами исследование подтвердило особенности лексической стороны речи.

В восстановительном обучении, в отличие от обучения в норме, программируется выполнение лишь дефектного звена функции, а не всех ее звеньев. Сохраненные же звенья являются опорой при выполнении заданной программы, то есть серии последовательных операций. Содержание программы зависит от структуры дефекта, и поэтому всякий раз будет разным при разных формах нарушения одной и той же функции. Строгая избирательность является одним из первых требований.

Мы провели восстановительное обучение у двух больных с различными нарушениями речи. На начальном этапе восстановительного обучения мы использовали со всеми больными следующие приёмы логопедической работы:

Велась работа над расширением рамок слухового восприятия и восстановлением понимания развернутой речи, преодолением слабости слухоречевых следов, преодолением трудностей названия, организацией развернутого высказывания, восстановлением письменной речи, и др.;

применяли дифференцированные приёмы восстановительного обучения с учетом сохраненных и нарушенных сторон у каждого больного.

В результате у пациентов с сенсорной и моторными формами афазии выявились улучшения по многим критериям, в частности можно сказать об

улучшении импрессивной и экспрессивной речи.

Всем пациентам было рекомендовано продолжить занятия в поликлинике по месту жительства.

Все это позволяет говорить нам о том, что у больных с сенсорной и моторными формами афазии идет нарушение импрессивной и экспрессивной речи.

Список литературы:

1. Амосова Н.Н., Каплина Н.И. Практические упражнения для восстановления речи у больных после инсульта, черепно-мозговой травмы и других заболеваний. М.: Изд-во «Библиотека логопеда», 2015. 136 с.

2. Ахутина Т.В. Нейролингвистический анализ афазии. О локализации построения высказывания. М.: Теревинф, 2018. 143 с.

3. Визель Т.Г. Как вернуть речь. М.: В. Секачев, 2015. 216 с.

4. Коршунова Н.В. Практические упражнения для восстановления речи у больных после инсульта, черепно-мозговой травмы и других заболеваний. М.: Библиотека логопеда, 2017. 14 с.

5. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М.: Академический Проект, 2000. 504 с.

6. Лурия А.Р. Речь и мышление. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1973. 335 с.

7. Волкова Л.С. Системные нарушения речи. Алалия. Афазия. Методическое наследие. Том 3. М.: Владос, 2003. 311 с.

8. Цветкова Л.С. Введение в нейропсихологию и восстановительное обучение. Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2015. 265 с.

9. Цветкова Л.С. Нейропсихическая реабилитация больных. Издание 2-е, Воронеж: ФГУП ИПФ Воронеж, 2004. 424 с.

10. Цветкова Л.С. Нейропсихология и афазия: новый подход. М.: Московский психолого-социальный институт. Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2019. 591 с.

11. Шохор-Троцкая М.К. Коррекция сложных речевых расстройств. М.: Сфера, 2006. 269 с.

12. Шкловский В.М., Визель Т.Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. М.: «Ассоциация дефектологов», В. Секачев, 2019. 96 с.