

Министерство образования и науки Российской Федерации  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«САРАТОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМЕНИ Н.Г.ЧЕРНЫШЕВСКОГО»

*Кафедра логопедии  
и психолингвистики*

**Сравнительный анализ системы восстановительной работы  
при акустико-гностической (сенсорной) и афферентной моторной  
афазии в ранней постинсультной стадии**

**АВТОРЕФЕРАТ БАКАЛАВРСКОЙ РАБОТЫ**

Студентки V курса 571 группы  
по направлению 44.03.03 «Специальное (дефектологическое) образование»,  
профиль «Логопедия»  
факультета психолого-педагогического и специального образования

**Петруниной Светланы Вячеславовны**

Научный руководитель

к.п.н., доц. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

О.А. Константинова

Зав. кафедрой

д.ф.н., доц. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

В.П. Крючков

Саратов, 2016

**Введение.** Речь – это использование языка в целях общения. Сложная структура языка требует разных сложных речевых умений: умения говорить и различать звуки речи, составлять из звуков слоги и слова, говорить и понимать их, умения составлять из слов предложения, используя правила грамматики, читать, писать и т.д. Инсульт или травма мозга лишает больных этого. Нарушения речи, состоящие в потере способности выражать свои мысли словами, проявляются главным образом в виде афазии и иногда дизартрии.

Афазия относится к числу тяжелых нарушений речи органического центрального происхождения. В настоящее время проблема афазии и восстановительного обучения детей и взрослых привлекает все большее внимание специалистов, работающих в данной области – психологов, нейропсихологов, неврологов, логопедов, поскольку высока социальная значимость проблемы обучения, восстановления трудоспособности и социальной адаптации лиц, страдающих афазией. Круг таких лиц довольно широк: это люди, перенесшие инсульт, черепно-мозговые травмы, опухоли головного мозга, нейроинфекции.

По данным статистики, в настоящее время отмечается тенденция к увеличению и «омоложению» числа больных с инсультом, а следовательно и увеличения больных с афазией, которая возникает в 1/3 случаев нарушения мозгового кровообращения.

Большой вклад в изучении афазии и восстановительного обучения внесли: классики неврологии (Р. Вгоса, К. Wernice и др.), нейропсихолог А.Р. Лурия и его последователи (Т.В. Ахутина, Т.Г. Визель, Ж.М. Глозман, Е.Н. Правдина-Винарская, Е.Д. Хомская, Л.С. Цветкова, В.М. Шкловский и др.), исследователи-практики (М.К. Бурлакова, В.М. Коган, М. Критчли, В.В. Опель, В.К. Орфинская, И.М. Тонконогий и др.). Несмотря на значительный арсенал восстановительных методик, некоторые ее аспекты остаются изученными недостаточно. К ним относится: проблема дифференциальной диагно-

стики некоторых форм афазий и планирование специфических особенностей восстановительной работы по их преодолению.

В связи с актуальностью данной проблемы, была определена тема исследования: «Сравнительный анализ системы восстановительной работы при акустико-гностической (сенсорной) и афферентной моторной афазии в ранней постинсультной стадии».

Цель представленной работы: разработка и проведение дифференцированной системы восстановительного обучения больных с акустико-гностической и афферентной моторной афазией.

Задачи:

1. Изучить классическую и современную литературу по проблеме исследования.
2. Рассмотреть современные термины и понятия афазиологии: афазия, её основные формы, принципы восстановительного обучения.
3. Провести диагностику пациентов с моторной и сенсорной формами афазии.
4. Сравнить системы восстановительной работы при этих формах афазии.
5. Осуществить восстановительное обучение с последующим выявлением эффективности проделанной работы.

Исследование проводилось на базах Регионального сосудистого центра ГУЗ «Областная клиническая больница» г. Саратова под руководством афазиолога Ю.Ю. Урмановой; ГУЗ СО «Аткарская РБ» г. Аткарска под руководством невролога Н.Ю. Спесивовой. В течение 2014-2016 г.г. было обследовано 15 пациентов, с 5 пациентами проводилась восстановительная работа.

Структура работы: данная работа состоит из введения, двух глав:

Глава I. Теоретические основы изучения афазии;

Глава II. Сравнительный анализ основных направлений восстановительного обучения больных с афазией;

заключения, списка использованных источников, включающего в себя 25 наименований и 2 приложений.

**Основное содержание работы.** Афазия (то греч.а – частица, означающая отрицание, и phasis –речь) – это такое нарушение речи, которое характеризуется полной или частичной утратой способности понимать чужую речь или пользоваться своей собственной, обусловленное поражением речевых зон головного мозга. Синонимы: утрата речи, распад.

Причинами афазии являются разнообразные органические поражения речевых систем головного мозга в период уже сформировавшейся речи: черепно-мозговые травмы (открытые, проникающие, закрытые), воспалительные процессы мозга, опухоли мозга, сосудистые заболевания и нарушение мозгового кровообращения (инсульт).

Форма афазии, тяжесть дефекта и характер его протекания зависят от: обширности очага поражения и его локализации; характера нарушения мозгового кровообращения; состояния не пострадавших отделов мозга, выполняющих компенсаторные функции. Различные патологические процессы, следствием которых явилась афазия, неизбежно откладывают отпечаток на ее характер, возникновение и обратное развитие, что необходимо учитывать при анализе афазического расстройства.

М.К. Шохор-Троцкая (Бурлакова) отмечает, что «существуют различные классификации афазий: классическая, неврологическая классификация Вернике-Лихтгейма, лингвистические классификации Х. Хэда и других, каждая из которых отражает уровень развития неврологической, психологической, физиологической и лингвистической наук, характерный для того или иного исторического периода развития учения о речи».

Одной из наиболее распространенных в логопедических и нейропсихологических практиках, является нейропсихологическая классификация афазий, сформулированная Александром Романовичем Лурия. Эта классификация основана на продолжении открытий И.П. Павлова, Н.А. Бернштейна,

П.К. Анохина, а также нейропсихологических и психологических взглядов Л. С. Выготского, А. Н. Леонтьева.

В 1947 г. А. Р. Лурия формулирует принцип системного строения и динамической, поэтапной локализации высших корковых функций. Он разработал методы нарушений психической деятельности различных познавательных процессов человека. Нейропсихологическая методика А. Р. Лурия позволяет исследовать симптомы и синдромы, закономерные сочетания симптомов, возникающие при поражении тех или иных структур мозга. Данная методика позволяет делать заключение о наличии той или иной формы афазии и диагностировать место поражения головного мозга. Им показано, что при любой форме афазии нарушается реализация речевой деятельности.

А. Р. Лурия выделяет шесть форм афазий:

(1) Акустико-гностическая (сенсорная) и (2) акустико-мнестическая афазии, возникающие при поражении височных отделов коры головного мозга; (3) Семантическая афазия и (4) афферентная моторная афазия, возникающие при поражении нижних теменных отделов коры головного мозга; (5) Эфферентная моторная афазия и (6) динамическая афазия, возникающие при поражении премоторных и заднелобных отделов коры головного мозга (слева у правшей).

Сравнение афферентной моторной и сенсорной форм афазий – как самых частотных, позволяет рассмотреть эти формы в сопоставлении (Таблица 1).

*Таблица 1 – Сравнительная характеристика афферентной моторной и сенсорной форм афазий*

Параметры сравнения	Афферентная моторная афазия	Акустико-гностическая (сенсорная) афазия
Локализация	Поражение задних постцентральных и нижнетеменных отделов коры головного мозга	Поражение задней трети верхней височной извилины (поле 22)

	(поля 7,40)	
Центральный дефект	Нарушение тонких артикуляторных движений, невозможность найти нужное положение губ, языка при произнесении звуков и слов	Нарушение фонематического слуха
Клиническая картина	Артикуляторная апраксия – «ядро» синдрома: наблюдаются поиски позы, проявляющиеся в беспорядочных движениях языка и губ; имеется речевой «эмбол»; сохранен произвольный уровень организации речи	Полная утрата понимания речи; нарушение эмоционально-волевой сферы; логорея; спонтанная речь по типу «речевой крошки»; фонематический слух грубо нарушен; парафазии
Задача и цель восстановительного обучения	Восстановление артикуляторной деятельности больных, а цель - восстановление устной речи	Преодоление дефектов дифференцированного восприятия звуков, развитие фонематического слуха с целью восстановления понимания речи

Обратимся к практическому изучению речи больных с диагнозом афазия.

Обследование и восстановительное обучение больных с афазией проходило на базе ГУЗ СО «Аткарская РБ» г. Аткарска под руководством невролога Н.Ю. Спесивовой и на базе Регионального сосудистого центра ГУЗ «Областная клиническая больница» г. Саратова под руководством логопеда отделения неврологии для больных с ОНМК – Ю.Ю. Урмановой. Данное отделение оказывает плановую и экстренную помощь больным с острым нарушением мозгового кровообращения. На базе данной больницы осуществляется программа ранней реабилитации пациентов после инсульта, проводятся специальные занятия с афазиологом, инструктором по лечебной физкультуре, массаж, физиотерапевтическое лечение, медикаментозное лечение.

В течение 2014-2016 г.г. было обследовано 15 пациентов с последствиями перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения в левой средней мозговой артерии, с 5 пациентами проводилась восстановительная работа. Возраст пациентов варьировал от 40 до 85 лет.

Исследование речи проводилось по нейропсихологической методике В.М. Шкловского, Т.Г. Визель («Карта нейропсихологического обследования больных с нарушениями высших психических функций»).

Среди пациентов, принявших участие в исследовании, преобладали лица с моторной афазией (56% всех пациентов). Второй по численности была группа пациентов с сенсорной афазией (28%). Сенсомоторная афазия была выявлена у 16% больных.

По степени выраженности речевых расстройств: I степень (грубая) – 58%; II степень (средняя) – 30%; III степень (легкая) – 12%.

Комплексная нейропсихологическая диагностика показала, что у обоих пациентов (Н. и К.), независимо от формы афазии, наиболее грубым дефектом является нарушение владения словом: при афферентной моторной афазии нарушен оральный и артикуляционный праксис, наблюдается поиск позы, устная речь практически отсутствует, имеется речевой «эмбол» (*Черт!.. Вот-вот!..*); а у пациента с сенсорной афазией слово сохранно, но нарушено понимание речи (*на вопрос: «Вы сегодня ели?» – отвечал: «Так нам матис шима было раз это...»*).

Помимо грубых речевых расстройств, у данных больных отмечались: явления загруженности сознания больных; отсутствие адекватного эмоционального реагирования; наличие предметной агнозии и апраксий, и, в первую очередь, апраксии еды и одевания.

Наблюдается отсутствие или ослабление ассоциативных связей между отдельными звеньями, на которые распались пострадавшие функции. Наиболее значим распад аудиовизуальных связей у исследуемых пациентов.

Комплексное нейропсихологическое и логопедическое изучение больных доказало необходимость разработки дифференцированной системы восстановительного обучения для больных с разными формами афазии.

Правильная организация восстановительного обучения больных требует строгого учета особенностей каждого конкретного случая заболевания, а именно: индивидуальных особенностей личности, тяжесть соматического состояния, условий жизни и т.д. Поэтому опираясь на программу восстановительного обучения (В.М. Шкловского, Т.Г. Визель, Л.С. Цветковой), нами был составлен для каждого пациента индивидуальный план восстановительных занятий. На занятиях пациентам предлагался адаптированный наглядный дидактический материал, соответствующий их индивидуальным возможностям.

На начальном этапе восстановительного обучения с Пациентом Н. и Пациенткой К. проводилась предварительная неречевая работа (невербальные и вербально-невербальные приемы восстановительного обучения), направленная на вывод больных из состояния загруженности, нормализации эмоциональной сферы, повышения работоспособности, воспитании произвольного, фиксированного внимания. Восстановительные занятия способствовали реконструкции личности больных, в частности повышению их коммуникативной активности.

Независимо от того, какая первичная нейропсихологическая предпосылка оказывается нарушенной, при обеих формах афазии велась работа над всеми сторонами речи: над экспрессивной речью, пониманием, письмом и чтением, восстановлением коммуникативной функции речи, развития самоконтроля за ней. Лишь при понимании больным характера своих ошибок можно создать условия для его контроля за своей речью, за планом повествования за коррекцией литеральных или вербальных парафазии и т. п.

Приоритетным способом восстановительного обучения в остром постинсультном периоде для пациента Н. с афферентной моторной афазией и для пациента К. с сенсорной афазией явился метод пиктограмм (рисуночные

знаки), заменяющие слово и даже целое предложение. Данная методика была разработана и широко используется в Центре патологии речи и нейрореабилитации ( г. Москва).

Т.Г. Визель отмечает, что «оперирование знаком или жестом «оживляет» слово, создаются благоприятные условия для включения не одного, а сразу двух, а то и трех каналов восприятия: зрительного, слухового, а для жеста — и тактильного. Иначе говоря, больной слышит слово; видит его знаковое изображение; видит его написание; видит, как движутся губы, язык; видит жест и чувствует, как действует его собственная рука, выполняющая жест».

[Визель 2013:56]

Основная задача восстановительного обучения пациента Н. (афферентная моторная афазия) – восстановление артикуляции, а цель – восстановление устной экспрессивной речи. Перед началом работы над восстановлением речи проводились занятия по растормаживанию речи и невербальных форм коммуникации.

Одним из наиболее результативных методов восстановления речи при этой форме афазии является метод смысло-слуховой стимуляции слова, который включает сохраненный слух, семантический уровень организации слова (его смысл, значение, предметную соотнесенность). Этот метод предусматривает произнесение не звука, а слова целиком, включая его в целую систему всевозможных связей.

По мнению Л.С. Цветковой «Восстановление звуко-артикуляторного анализа слова и кинестетической его основы проводится позже, и только на основе восстановленного активного и пассивного некоторого запаса слов».

[Цветкова 1988:126]

Основной же целью восстановительного обучения пациента К. (сенсорная афазия) явилось преодоление дефектов дифференцированного восприятия звуков, развитие фонематического слуха.

Наиболее эффективный путь восстановительного обучения при данной форме афазии требует от афазиолога начать работу с торможения непродук-

тивной речи (логореи) больного, переключения его с речевой на неречевую деятельность.

В восстановлении понимания речи огромную роль играет работа над невербальными формами коммуникации больных.

Результативными методами восстановления понимания речи у пациента К. явились: метод введения в контекст, который применялся с целью обучения больного слушать и слышать речь; метод классификации по заданному признаку; конфликтный метод; программированный метод (для восстановления звукоразличения) – последовательное выполнение операций по распознаванию сначала слов, затем звуков.

Восстановительное обучение с больными с афферентной моторной и сенсорной афазиями имеет ряд как ряд общих приемов и методов в восстановлении речи (установление контакта с больным, использование жестов и мимики, работа с автоматизированными рядами и т.д.), так и отличается по ряду важных направлений, затрагивающих решение центрального дефекта (при афферентной моторной – развитие артикуляции, при сенсорной – восстановление фонематического слуха и процесса понимания).

В период стационарного лечения (около 21–28 дней) у пациентов Н. и К. отмечалась положительная динамика. Положительная динамика в восстановлении речи обусловлена квалифицированным, систематическим, непрерывным участием в восстановительном обучении логопеда и мультидисциплинарной бригады в состав которой входят: невролог, нейропсихолог, физиотерапевт, диетолог, массажист, иглорефлексотерапевт.

Наибольший эффект логопедических занятий достигается при условии раннего начала восстановительных занятий.

Следует отметить активное участие самих пациентов и их родственников в восстановительном процессе.

В обоих случаях отмечалась положительная динамика в эмоциональной сфере: уменьшился «страх речи», пациенты стали чаще улыбаться, возвратились к прежним интересам и занятиям, появилась вера в свои силы.

Восстановительное обучение осуществлялось на фоне медикаментозного и физиотерапевтического лечения. Качественный анализ динамики в восстановлении речи показал:

- У пациента Н. (моторная афазия) словарь увеличился на 10 слов (дом, мыло, суп, врач, Маша, дай) восстановилась артикуляция гласных звуков, отдельные звуки речи стал повторять без искажений, больной сопряженно договаривал пословицы, поговорки, крылатых фраз (например: Не имей сто рублей, а имей сто тузей; Любишь кататься – люби и саночки катить), с огромным удовольствием пел песню «Ой, мороз, мороз...».

- У пациента К. (сенсорная афазия) улучшилось понимание речи, больной правильно выполнял устные инструкции, уменьшилась степень выраженности «отчуждения» смысла слова: (например: улыбнитесь/+, закройте глаза/ +, покажите окно/+), возрастает число адекватных слов (хочу пить, дай хлеб, это вода), преодолевались расстройства фонематического слуха (покажите на картинках: Где суп?/+; где дуб?/+; где бабочка?/+; где папочка?/-; где класс?/-); удалось затормозить непродуктивную речь невербальными методами (игра в шашки с сыном, рисование «пиктограмм» с женой, просмотр видеофильмов о рыбалке и охоте с внуком).

На амбулаторный этап лечения афазиологом были даны конструктивные и четкие рекомендации, письменные задания и ссылки на необходимые источники информации.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что только благодаря своевременной дифференцированной и квалифицированной помощи логопеда-афазиолога, нейропсихолога, медицинских работников, родственников пациента и его активного участия в восстановлении утраченных речевых функций можно добиться положительных результатов.

**Заключение.** В теоретической части работы была рассмотрена афазия как вид системного нарушения речи, описаны классификации афазии, раскрыты её частотные формы.

Под афазией понимают полную или частичную утрату речи, обусловленную локальным поражением головного мозга. Причинами афазии являются разнообразные органические поражения речевых систем головного мозга в период уже сформировавшейся речи: травмы головного мозга, воспалительные процессы мозга, опухоли мозга, сосудистые заболевания и нарушение мозгового кровообращения (инсульт). Афазия – одно из наиболее тяжелых последствий мозговых поражений, при котором системно нарушаются все виды речевой деятельности. Существуют различные классификации афазий: классическая, неврологическая классификация Вернике – Лихтгейма, лингвистические классификации Х. Хэда и других, однако наиболее распространенной в отечественной науке в настоящее время является нейропсихологическая классификация афазий Александра Романовича Лурия.

Ведущим симптомом при афферентной моторной афазии является нарушение устной экспрессивной речи, а нарушение устной импрессивной речи – ведущий симптом при акустико-гностической сенсорной афазии.

Данные формы афазии отличаются по клинической картине, механизмам, локализации дефекта. Поэтому восстановительное обучение будет отличаться задачами и методами восстановительной работы.

Практическая часть исследования включала разработку и проведение серии диагностических и восстановительных логопедических занятий с больными с моторной и сенсорной формами афазии. Диагностический и коррекционный этап позволил сопоставить приемы и методы работы с афазиками с разными формами афазии. Восстановительное обучение позволило определить эффективность проделанной работы, внести коррективы в дальнейшую реабилитацию больных.

Цель обучения больных с сенсорной афазией – преодоление дефектов дифференциации звуков и восстановление фонематического слуха.

Цель обучения больных при афферентной моторной афазии – восстановление устной разговорной речи.

Общими направлениями восстановительной работы при обеих формах афазии грубой степени тяжести, являются: занятия неречевой деятельностью; стимулирование понимания речи на слух; восстановление чтения и письма.

В обоих случаях наблюдалась положительная динамика в восстановлении речевых функций. На начало коррекционной работы у больных наблюдалась грубая степень афазии (отсутствие артикуляции у афферентного моторного афазика и грубое нарушение понимания у сенсорного афазика), на конец пребывания пациента в лечебном учреждении (после 21-28 дней) была отмечена средняя степень проявления афазических расстройств. В целом системная восстановительная работа продемонстрировала свою эффективность в конкретных случаях.

Таким образом, цель и задачи выпускной квалификационной работы выполнены полностью.