

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

**МОТОРНАЯ АФАЗИЯ
И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЕ КОРРЕКЦИИ
НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

АВТОРЕФЕРАТ
ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЫ БАКАЛАВРА

4 курса 472 группы
направления 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование,
профиль Логопедия
факультета психолого-педагогического и специального образования

ЯШИНОЙ МАРИНЫ АНАТОЛЬЕВНЫ

Научный руководитель
канд. филол. наук, доцент _____ Т. А. Бочкарёва

Зав. кафедрой
доктор филол. наук, доцент _____ В.П. Крючков

Саратов, 2018

ВВЕДЕНИЕ. *Афазия* – расстройство ранее сформированной речевой деятельности, при котором частично или полностью утрачивается способность пользоваться собственной речью и/или понимать обращенную речь. В отличие от *алалии*, при которой речь не формируется изначально, при афазии возможность вербального общения утрачивается после того, как речевая функция уже была сформирована (у детей старше 3-х лет или у взрослых). При этом, в отличие от *дизартрии* (нарушение, проявляющееся смазанностью слов, гнусавостью, нечленораздельностью речи), страдает не артикуляционный компонент речи (модификация произносимых звуков с помощью языка, глотки, зубов), а формирование речи на уровне коры головного мозга.

Афазия является следствием органического поражения коры речевых центров головного мозга. Этиология афазического расстройства накладывает отпечаток на его характер, течение и прогноз.

В ряду **причин афазии** наибольший удельный вес занимают:

- *сосудистые заболевания головного мозга* – геморрагические и ишемические инфаркты головного мозга (инсульты); аневризматическая болезнь сосудов головного мозга с образованием и разрывом аневризм; пороки развития артерио-венозной системы головного мозга с образованием мальформаций, патологических шунтов;
- *черепно-мозговые травмы*;
- *воспалительные заболевания мозга* — энцефалит, абсцесс различной этиологии;
- *опухоли головного мозга*;
- *хронические прогрессирующие заболевания ЦНС* — очаговые варианты болезни Альцгеймера и болезни Пика.

Изучение афазии связано с именами известных во всем мире ученых, анатомов и физиологов XIX столетия, позднее - психологов и нейропсихологов, дефектологов и логопедов XX столетия. Так, известны

работы врачей Галля, Даксов (отца и сына), физиолога Флуренса и др. Особое место занимают работы известных неврологов конца XIX столетия П.Брока, К.Вернике, Дж.Джексона, К.Клайста, Л.Лихтгейма, П.Мари, А.Пика. В начале и середине XX столетия стали широко известны и работы русских неврологов В.М.Аствацатурова, В.М.Бехтерова, В.В.Болотова, А.Кожевникова. Затем к этой проблеме обратились и известные психологи Э.С.Бейн, Л.С.Выготский, В.М.Коган, М.С.Лебединский, А.Н.Леонтьев, А.Р.Лурия, С.Л.Рубинштейн, клиницисты Ф.В.Бассин, М.Б.Кроль, В.К.Орфинская, Л.Столярова, Н.Н.Трауготт.

Актуальность этой проблемы связана с тем, что в последние годы возрастает число всевозможных техногенных и природных катастроф, сопровождающихся тяжелыми сочетанными (в том числе и черепно-мозговыми) травмами как у взрослых, так и у детей. Отмечается прогрессирование и омоложение различных сосудистых заболеваний; прогресс в выхаживании младенцев с перинатальной патологией приводит к увеличению выживших детей с пороками развития, которые в отдаленном периоде могут проявить себя различными неврологическими расстройствами. Кроме того, широкое и подчас неконтролируемое самолечение антибиотиками приводит к возникновению устойчивых штаммов микроорганизмов, обладающих высокой патогенностью и способностью вызывать тяжелые осложнения, в том числе и со стороны ЦНС. При этом снижение иммунитета в связи с ухудшением экологической обстановки, в связи с наличием хронического стресса, вредных привычек и прочих факторов риска приводит к еще большей вероятности возникновения нейроинфекций.

Объект исследования – речь больных при неврологических заболеваниях.

Предмет исследования – нарушения речи у пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.

Целью работы явилось изучение клинических проявлений и

диагностических критериев моторной афазии в общей картине неврологического заболевания и возможности ее коррекции на ранних этапах.

Реализация цели предполагала решение следующих задач:

- изучить клинические и диагностические признаки моторной афазии в процессе общения с пациентами неврологического отделения и изучения медицинской документации;
- определить тактику логопедических занятий с пациентами, исходя из выраженности очаговой и общемозговой симптоматики;
- провести индивидуальные логопедические занятия с пациентами и консультативные беседы с родственниками пациентов в рамках действия школы по вопросам острых нарушений мозгового кровообращения.

В процессе работы я использовала следующие методы:

- теоретический (анализ литературы по проблеме исследования);
- эмпирический (наблюдение, проведение эксперимента в виде заданий, нацеленных на выявление речевых расстройств);
- количественный и качественный анализ результатов проведенного эксперимента;
- интерпретационный метод, позволяющий судить о выраженности речевых расстройств и наметить программу их преодоления;
- организационный метод в виде динамического наблюдения пациентов перед выпиской после проведенных лечебных и коррекционных мероприятий.

Исследование проводилось **на базе** неврологического отделения для больных с острыми нарушениями кровообращения областной клинической больницы г. Саратова.

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ. Работа состоит из Введения, двух глав, Заключения и Списка используемых источников. Во введении определены актуальность, объект, предмет, цели и задачи исследования. В первой главе

представлен теоретический анализ источников по проблеме исследования.

Моторная афазия — это утрата сформированной преимущественно устной речи при сохранном речевом аппарате, что приводит к затруднению коммуникации. Нарушения при этом происходят на уровне коры головного мозга (поражение нижних отделов премоторной области (зоны Брока) — при *эфферентной моторной афазии*, и поражение нижних отделов постцентральной коры, примыкающей к роландовой борозде — при *афферентной моторной афазии*).

Моторная афазия проявляется определенными клиническими симптомами (дезавтоматизированностью, аграмматизмом в виде «телеграфного стиля», эмболофразией, эхолинией, литеральной и вербальной парафазией), сочетается с моно- и гемипарезами в правых конечностях и диагностическими критериями в виде доминирующей тета-активности в левых лобно-височных или теменных отведениях на ЭЭГ, признаками очаговости на МРТ и признаками нарушения внутримозгового кровообращения в системе средней мозговой артерии при УЗДГ.

Процесс компенсации при моторной афазии может протекать двумя различными способами — по левополушарному типу, когда восстановление речи пациента идет постепенно по пути накопления произвольно управляемой речи, и по правополушарному типу, характеризующемуся неуправляемой остаточной речью в виде «прорывов» устойчивых автоматизированных выражений. Однако чисто левополушарный или чисто правополушарный путь компенсации на практике встречается редко. В основном имеет место смешанный тип, когда участвуют оба полушария, хотя какое-то из них является ведущим.

Процесс восстановительного лечения начинается как можно раньше, зачастую параллельно с лечением того заболевания, которое привело к возникновению моторной афазии. Коррекционно-педагогическая помощь складывается из нескольких этапов, направленных на растормаживание функций артикуляционного аппарата и собственно на преодоление оральной

апраксии, которое складывается из восстановления пассивного словарного запаса на первом этапе обучения и актуализации активного словарного запаса на втором этапе, что приводит к изжитию экспрессивного аграмматизма. Восстановительное лечение — процесс трудоемкий и длительный, занимающий подчас до 1 года. Остаточные явления могут сохраняться и в более отдаленный период.

Во второй главе ВКР представлены результаты диагностики и коррекции моторной афазии на госпитальном этапе.

Диагностический этап состоял из работы с документацией (истории болезней пациентов) и логопедического обследования пациентов.

На диагностическом этапе оценивалась локализация и выраженность поражения головного мозга, исходя из неврологического статуса пациента, данных инструментальных исследований (МРТ, УЗДГ экстра- и интракраниальных сосудов головного мозга с дуплексным сканированием, ЭЭГ) и собственно логопедического обследования.

Мной было обследовано 14 пациентов с клиническими и инструментально-диагностическими признаками инфаркта мозга в бассейне ЛСМА. Оценивались следующие параметры речи: спонтанная речь; монологическая повествовательная речь; рассказ по картинке; наличие аграмматизма; способность повторить за логопедом слоги, двусложные звуки; одиночные звуки; способность называть изображенные на картинке предметы; напряжение лицевой мускулатуры при артикуляции; темп речи; наличие литеральной парафазии; понимание ситуативной речи; способность читать вслух и про себя; узнавание букв разных шрифтов. При оценке данных параметров я руководствовалась шкалой Вассермана Л.И. с соавторами, по которой отсутствие нарушения оценивалось как 0 баллов, наличие грубо выраженных нарушений — 3 балла (соответственно, легкие — 1 балл, средней тяжести — 2 балла). У 8 пациентов количество баллов составило более 28, что соответствует грубой моторной афазии, у 6 человек — 22 — 26 баллов, что соответствует средней степени тяжести.

Коррекционный этап состоял из индивидуальных занятий, длительность которых варьировала от 10 до 20 минут в зависимости от утомляемости пациентов. Количество проведенных занятий с каждым пациентом определялось сроком его выписки из стационара и составляло 5 — 7 занятий. В своей деятельности я опиралась на общепринятые методики коррекции моторной афазии с учетом индивидуальных особенностей пациентов.

Основная коррекционная работа была направлена на преодоление оральной апраксии и предотвращение формирования речевого эмбола. Растормаживание речи достигалось использованием автоматизированных речевых рядов, проговариванием хорошо известных фраз, пословиц, устойчивых выражений. Проводилась гимнастика для губ, языка, щек, проговаривались звуки, слоги. Для профилактики образования речевого эмбола подача материала велась на малой силе голоса, с интервалами, позволяющими угаснуть возникшему возбуждению после выполнения каждого задания. Для преодоления аграмматизма использовались речевые упражнения, побуждающие к проговариванию номинативных и предикативных элементов.

Несмотря на кратковременность процесса восстановительного обучения (5 — 7 занятий) удалось добиться определенных успехов в процессе растормаживания речи. У всех наблюдаемых пациентов расширился ряд воспроизводимых за логопедом звуков, у большинства (12 человек) — звуковых рядов, слогов. Наблюдалось уменьшение напряжения лицевой мускулатуры в процессе речевой деятельности у 10 пациентов, имело место облегчение выбора артикулемы и смены артикуляционной позиции. В итоге суммарный балл по 14 тестовым показателям составил 32 — 41 балл у 7 пациентов и 19 — 26 баллов у 7 пациентов, что свидетельствует о «переходе» 1 пациента в группу средней степени тяжести из группы грубой афазии, и уменьшении выраженности проявлений афазии в средне-тяжелой группе. Все это способствовало основной цели начального этапа восстановительного обучения — вовлечение пациента в общение, убеждение его в возможности восстановления коммуникативных способностей. При выписке пациентов из специализированного стационара всем пациентам и их

родственникам были даны рекомендации по продолжению коррекционной логопедической работы по месту жительства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. В заключение работы можно сказать, что моторная афазия является серьезной логопедической проблемой современности. Сосудистые катастрофы в головном мозге, черепно-мозговые травмы, воспалительно-инфекционные заболевания ЦНС, опухоли головного мозга приводят к утрате сформированной речи при сохранном речевом аппарате пациента. В зависимости от локализации поражения различают афферентную моторную афазию (при поражении нижних отделов постцентральной коры, примыкающей к роландовой борозде) и эфферентную моторную афазию (при поражении зоны Брока).

Диагностика моторной афазии складывается из клинических симптомов и инструментальных методов обследования. К клиническим проявлениям относятся дезавтоматизированность, аграмматизм в виде «телеграфного стиля», эмболофразия, эхолалия, литеральная и вербальной парафазия, затрудняющие коммуникацию пациента с окружающими. Кроме того, как правило, сопутствуют различные двигательные и чувствительные расстройства в виде правосторонних геми- или монопарезов, геми- или моноплегий, что утяжеляет состояние больного. Диагностическими инструментальными критериями, подтверждающими наличие поражения нижних отделов постцентральной коры, примыкающей к роландовой борозде, или задненижней части третьей лобной извилины левого полушария, являются признаки очаговых изменений этой области, выявленные с помощью компьютерной или магнитно-резонансной томографии и электроэнцефалографии, а также признаки нарушения мозгового кровообращения, выявляемые ультразвуковой доплерографией в сочетании с дуплексным исследованием сосудов головного мозга.

Восстановительное обучение необходимо начинать сразу, как только разрешит лечащий врач, и оно предполагает сотрудничество логопеда, лечащего врача, пациента и его родных. В общепринятых методиках

восстановительное обучение начинается с подготовительного этапа для растормаживания функций артикуляционного аппарата. При этом широко используется автоматизированная речь, пропевание знакомых песен, наглядные материалы. В дальнейшем эти приемы служат разминкой на следующих этапах. Уже на подготовительной стадии с пациентом отрабатываются контрастные звуки, которые затем включаются в слова, используемые для общения. На первом этапе обучения наибольшее внимание уделяется восстановлению пассивного словарного запаса. Вспоминаются и проговариваются слова, их смысловое значение. Метод основан на использовании зрительных и слуховых анализаторов, а также относительно сохранных письма и чтения. В дальнейшем, на втором этапе, идет накопление активного словарного запаса, включение знакомых, отработанных слов в различные словосочетания и фразы. Наиболее целесообразно использование фраз, которые актуальны для общения. При этом слово в предложении должно стоять в разных падежах. Постепенно переходят к произнесению фраз обиходно-бытового характера по картинкам, что стимулирует самостоятельную речь пациента. В целях закрепления артикуляционных навыков при освоении новых звуков предыдущий материал многократно повторяется. По мере восстановления звукобуквенного анализа состава слова переходят с устного составления фраз по картинкам к письменному, фиксирующему достижению пациента.

Преодоление грубых артикуляционных расстройств – процесс длительный, от 3 месяцев до 1 года. Остаточные явления нарушения звукопроизношения наблюдаются и тогда, когда у больного моторная афазия становится средней и легкой степени тяжести. В связи с этим логопедические занятия должны осуществляться на всех уровнях оказания медицинской помощи (стационар — поликлиника — отделение реабилитации).

В процессе практической деятельности были исследованы нарушения речевой деятельности у пациентов, перенесших нарушения мозгового кровообращения в бассейне левой средне-мозговой артерии с развитием

моторной афазии. В острый период инфаркта мозга у всех пациентов отсутствовала спонтанная речь, повествовательная речь характеризовалась выраженным аграмматизмом, повторение слогов, звуков было затруднено из-за сложности перехода с одной артикуляционной позиции на другую, что сопровождалось выраженным напряжением лицевой мускулатуры. Чтение вслух и про себя было доступно лишь части пациентов. Присутствовала литеральная парафазия. У 8 человек имела место грубая моторная афазия: в этой группе суммарный балл по 14 тестовым показателям составил 29 — 42 балла. У оставшихся 6 человек суммарный балл составил 22 — 28 баллов, что соответствовало средней степени тяжести моторной афазии.

Основная коррекционная работа была направлена на преодоление оральной апраксии и предотвращение формирования речевого эмбола. Раствормаживание речи достигалось использованием автоматизированных речевых рядов, проговариванием хорошо известных фраз, пословиц, устойчивых выражений. Проводилась гимнастика для губ, языка, щек, проговаривались звуки, слоги. Для профилактики образования речевого эмбола подача материала велась на малой силе голоса, с интервалами, позволяющими угаснуть возникшему возбуждению после выполнения каждого задания. Для преодоления аграмматизма использовались речевые упражнения, побуждающие к проговариванию номинативных и предикативных элементов. Несмотря на кратковременность процесса восстановительного обучения (5 — 7 занятий) удалось добиться определенных успехов в процессе раствормаживания речи. У всех наблюдаемых пациентов расширился ряд воспроизводимых за логопедом звуков, у большинства (12 человек) — звуковых рядов, слогов. Наблюдалось уменьшение напряжения лицевой мускулатуры в процессе речевой деятельности у 10 пациентов. Таким образом, имело место облегчение выбора артикулемы и смены артикуляционной позиции. В итоге суммарный балл по 14 тестовым показателям составил 32 — 41 балл у 7 пациентов и 19 — 26 баллов у 7 пациентов, что свидетельствует о «переходе» 1 пациента в группу средней степени тяжести из группы грубой афазии, и уменьшении выраженности проявлений афазии в средне-тяжелой группе. При

выписке пациентов из специализированного стационара всем пациентам и их родственникам были даны рекомендации по продолжению коррекционной логопедической работы по месту жительства.

Профилактика моторной афазии заключается в предотвращении сосудистых, дегенеративных, опухолевых и травматических поражений головного мозга.

Настоящая работа может быть использована как рекомендации к последовательным действиям в процессе диагностики и коррекции моторной афазии, как план подбора упражнений и наглядных пособий для работы с пациентами с соответствующей патологией.

Таким образом, задачи исследования выполнены, цель достигнута.