

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

«САРАТОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.Г. ЧЕРНЫШЕВСКОГО»

Кафедра логопедии и психолингвистики

**Выявление речевых нарушений и их коррекция при  
постинсультной динамической афазии**

АВТОРЕФЕРАТ ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ  
БАКАЛАВРСКОЙ РАБОТЫ

студента 5 курса 571 группы

направления 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование  
профиля «Логопедия»

факультета психолого-педагогического и специального образования

ПАЧУЛИЯ ЭЛАНЫ ВАХТАНГОВНЫ

Научный руководитель:

доцент, к.ф.н., доцент кафедры

логопедии и психолингвистики \_\_\_\_\_ Т.А. Бочкарева

Зав. кафедрой:

профессор, д.ф.н., доцент кафедры

логопедии и психолингвистики \_\_\_\_\_ В.П. Крючков

Саратов, 2019

**Введение.** Нарушения мозгового кровообращения нередко оставляют дефекты, приводящие больных к инвалидности — спастические парезы, нарушения координации, афазии. Преодоление этих дефектов и реабилитация таких больных представляют известные трудности и требуют упорной работы как специалистов по восстановлению, так и самих больных.

Речь — комплексная функция головного мозга — является главным средством общения.

Расстройства речи в виде афазий возникают при поражении так называемых речевых зон мозга, расположенных в заднем отделе нижней лобной извилины, в верхней височной извилине, нижней теменной доле и на стыке теменной, височной и затылочной областей доминантного полушария. Афазии обычно связаны с агнозиями, апраксиями и другими сложными нарушениями высших корковых функций.

Формы расстройств речи и динамика ее восстановления при афазии сосудистого происхождения зависят от комплекса клинических факторов, таких как: тяжесть и распространенность основного заболевания, характер нарушения мозгового кровообращения (кровоизлияние или ишемия), состояние кровоснабжения поврежденной области, локализация и размеры очага повреждения, соотношение деструктивных и нейродинамических изменений в очаге и, наконец, от состояния не пострадавших отделов мозга. Последние, в том числе противоположное полушарие (правое), принимают участие в компенсации нарушенных функций (Е. В. Шмидт, 1954; Р. Я. Ткачев, 1955, 1961; И. М. Тонконогий, 1968; Л. Г. Столярова, 1973).

Достаточно давно изучается проблема афазии в зарубежной и отечественной психологии, логопедии, нейропсихологии, лингвистике, неврологии. В разработку учения об афазиях большой вклад внесены П. Брока, К. Вернике, Т. Г. Визель, Л. С. Выготским, Ж. М. Глоzmanом, К. Лихтгеймом, А. Р. Лурия и многими другими.

Афазиология имеет большую методологическую базу и значительное количество восстановительных методов

Нарушения речевой функции являются наиболее частыми последствиями черепно-мозговых травм, инсульта, опухолей головного мозга и т. д. Такие нарушения обычно проявляются в форме афазии, которая часто сочетается с другими патологиями высших психических функций, гемипарезами, психическими расстройствами, и в конечном итоге приводят к частичной или полной недееспособности человека.

Различные виды афазий приводят к резкой смене социального статуса человека, могут негативно влиять на его положение в семье.

Рост острых нарушений мозгового кровообращения и необходимость совершенствования ранней помощи пациентам, перенесшим инсульт, объясняют актуальность нашего исследования.

**Цель исследования:** выявление речевых нарушений и их коррекция при динамической постинсультной афазии.

В процессе исследования решались следующие **задачи:**

1. Изучить теоретические аспекты проблемы афазии;
2. Провести обследование постинсультных речевых нарушений у больных с динамической афазией;
3. Провести работу по восстановлению речевой функции с данными больными в условиях стационара и оценить ее эффективность в ходе повторного обследования.

**Методы исследования:**

- Теоретический метод (изучение научной литературы);
- Экспериментальный метод (проведение обследования);
- Метод беседы;
- Изучение документации;
- Статистический метод (количественная) и качественная обработка данных)

**Экспериментальная база исследования.**

Данная работа проводилась на базе ФКУ «ГБ МСЭ по Саратовской области Минтруда России» бюро №5.

**Структура работы.** Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованных источников, приложений.

**Краткое содержание.** Во введении обусловлена актуальность, указаны цель и задачи исследования, база и методы исследования.

Первая глава «Анализ научной литературы по проблеме афазии» включает 3 параграфа:

1. Понятие афазии. Ее виды;
2. Динамическая афазия и речевые расстройства;
3. Восстановительные методики при динамической афазии.

Изучение теоретических аспектов проблемы позволяет сделать вывод о том, что афазия возникает примерно в трети случаев острых нарушений мозгового кровообращения.

В справочнике «Неврологические симптомы, синдромы, симптомокомплексы и болезни» понятие «афазия» определяется как «обобщающее обозначение приобретенных расстройств речи, возникающих у людей при сохранном артикуляционном аппарате и достаточным слухом, при которых частично или полностью утрачивается возможность активно пользоваться речью для выражения мыслей и чувств и понимать слышимую речь».

А. Р. Лурия определяет афазию как системные нарушения речи, вызванные локальными поражениями коры левого полушария (у правшей). Эти нарушения затрагивают фонематическую, морфологическую и синтаксическую структуры активной и пассивной речи.

По определению Парамоновой Л.Г., афазия обозначает полную или частичную утрату уже имевшейся речи, обусловленную органическим поражением тех отделов головного мозга, которые имеют отношение к осуществлению речевой функции.

Афазия – это системное нарушение речи, возникающее в следствие органических поражениях мозга. В качестве основных причин афазии

выступают травмы и инфекционные заболевания головного мозга, опухоли, нарушение мозгового кровообращения.

Симптомами афазии считают речевые, неврологические и психологические нарушения. В настоящее время в отечественной науке и практике используется классификация, выделенная А.Р.Лурия.

Динамическая афазия – нарушение формирования высказываний активной речи, обусловленное поражением префронтальной лобной коры.

Клинически проявляется отсутствием инициации высказываний, односложностью, упрощённостью ответов на поставленные вопросы, повторением фраз собеседника, недостаточным пониманием длинных сообщений.

Динамическая афазия патогенетически связана с поражением заднелобных отделов головного мозга. Впервые была описана К.Кляйстом в 1934 году. В основе динамической афазии лежит нарушение организации высказывания (коммуникативная сторона речи грубо нарушена: больные не могут планировать свою речь, затрудняются, а иногда и не могут развернуто ответить на вопрос).

Иными словами, в основе динамической афазии лежит нарушение внутреннего программирования высказывания. Спонтанная речь для больных с динамической афазией становится невозможной. Речь больных наполнена персеверациями.

Если говорить о причинах возникновения афазии, то сюда можно отнести различные инфекционные заболевания головного мозга, травматические поражения или нарушение мозгового кровообращения (нарушение речи возникает сразу, что в дальнейшем приводит или к грубому расстройству речи, или к полной утрате речи), опухоли (в случае роста опухоли нарастают и признаки афазии; афазия развивается постепенно если происходит процесс компенсации, который начинается по мере роста опухоли, тем самым скрадывая речевое нарушение, поэтому сам пациент и его окружение могут просто не заметить изменений) и много другое.

Ведущим симптомом динамической афазии после инсульта является трудность формирования развернутого высказывания (больной не может задавать вопросы, не формулирует просьбы).

Для того, чтобы сформировать речевую активность у такого пациента требуется постоянная стимуляция. Больные с такой формой афазии после инсульта почти не употребляют глаголы, предлоги, местоимения, могут произносить лишь несвязные фрагменты, существительные употребляют только в именительном падеже.

При динамической афазии после инсульта пациенты либо совсем молчат, либо способны на автоматическое повторение речи собеседника. В некоторых случаях отмечается стереотипность высказываний, бедность фраз с отсутствием выразительности и эмоциональной окрашенности

Степень тяжести речевых нарушений при ней определяется степенью тяжести афазии. Практическому изучению речевых нарушений при постинсультной динамической афазии посвящена вторая глава ВКР.

Вторая глава - «Эмпирическое исследование речевых нарушений у больных с динамической афазией после инсульта». В ее составе 3 параграфа:

1. Выявление постинсультных речевых нарушений;
2. Восстановительная работа по устранению выявленных речевых нарушений;
3. Повторное обследование и интерпретация его результатов.

Речевые нарушения после инсульта связаны как с очаговой (т.е. общемозговой патологией), так и могут являться ответной реакцией на дефект. При выходе из тяжелого состояния больной начинает осознавать свое состояние, нарушение речевой функции, ограниченность в передвижении и самообслуживании.

Часто больные, перенесшие инсульт, утрачивают профессиональные навыки и не способны к трудовой деятельности.

После определенного времени такие больные отправляются на установление инвалидности, и при вынесении решения в первую очередь

учитывается степень нарушения речи (т.к. это является показателем того, насколько проблема масштабная).

Главной задачей при восстановительной работе при динамической афазии является восстановление дефекта внутреннего программирования высказывания.

В исследовании группа больных с динамической афазией после инсульта составила 14 человек.

Обследование речевой функции показало, что 9 пациентов имеют грубую степень тяжести и 5 пациентов среднюю степень тяжести речевых нарушений.

Грубая степень тяжести характеризуется нарушением продуктивной речи, наличием персевераций, невозможностью построения развернутой фразы, паузами между словами.

Для средней степени характерно бедность и однообразие фраз, недостаточность осмысления (встречаются штампы), стереотипность формулировок.

В ходе коррекционных занятий использовалась методика восстановления речи при динамической афазии М.К. Бурлаковой.

Восстановительная работа с каждым пациентом длилась от 15-20 минут из-за повышенной утомляемости больных. Больные находились в стационаре от 2-3 недель; работа велась по мере нахождения пациентов в стационаре.

С каждой группой больных было проведено по 6 индивидуальных занятий в условиях стационара.

При грубой динамической афазии ведущей задачей является растормаживание речи, понимание ситуативной речи (с помощью обсуждения событий) и переключение внимания больного на другую тему. Стоит интонацией показывать пациенту на каком фрагменте нужно акцентироваться. По мере воспитания концентрации внимания больного к речи окружающих восстанавливается понимание речи.

Ведущей задачей при восстановлении динамической афазии средней степени выраженности является создание условий для повышения речевой инициативы.

После восстановительной работы было проведено повторное обследование, которое показало, что у 9 пациентов прослеживается улучшение в виде увеличения количества воспроизводимых звуков. У 5 пациентов отмечается улучшение названия предметов. У 3 больных улучшилось понимание обращенной речи.

Намечены пути продолжения работы по восстановлению коммуникативной функции, восстановлению спонтанной речи, коррекции дефекта внутреннего программирования высказывания, восстановлению понимания обращенной речи, переключению акустического восприятия с одной темы на другую, восстановлению процесса письма и чтения.

Перед выпиской пациентов из стационара родственникам были даны рекомендации по продолжению занятий по стимуляции речи, освоению звуков, слогов и простых слов, составлению простых фраз.

Требуется продолжать работу, направленную на:

- восстановление спонтанной речи (коррекция дефекта внутреннего программирования высказывания);
- коммуникативную функцию речи и самоконтроля за ней;
- восстановление понимания обращенной речи;
- переключение акустического восприятия с одной темы на другую;
- восстановление процесса письма и чтения;

**Заключение.** По итогам работы можно сказать, что динамическая афазия является серьезной логопедической проблемой, т.к. у больного утрачивается функция программирования собственного высказывания.

Динамическая афазия характеризуется специфичностью проявлений, значительной индивидуальной вариабельностью, что вызывает необходимость в разработке целенаправленных методов восстановления речи у этой категории больных.



Данная выпускная квалификационная работа посвящена вопросу выявления и коррекции речевых нарушений у постинсультных больных с динамической афазией.

После анализа научной литературы по данной проблеме было сформировано представление о речевых нарушениях при динамической афазии у людей, перенесших инсульт, выделены «мишени» коррекции данных нарушений.

Констатирующий эксперимент был проведен в феврале, в ходе чего были выделены грубая и средняя степень выраженности речевых нарушений постинсультных больных с динамической афазией.

Анализ результатов показал, что грубая степень выраженности характеризуется нарушением продуктивной речи, наличием персевераций, невозможностью построения развернутой фразы, паузами между словами; средняя степень - бедностью и однообразием фраз, недостаточностью осмысления (встречаются штампы), стереотипностью формулировок.

Контрольный эксперимент был проведен в конце апреля после восстановительных занятий.

Данные, которые были получены, позволяют говорить о результативности работы по восстановлению речевых нарушений у постинсультных больных с динамической афазией средней и грубой степени выраженности в условиях стационара.