

МИНОБРНАУКИ РОССИИ  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**«САРАТОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ  
Н.Г. ЧЕРНЫШЕВСКОГО»**

Кафедра логопедии и психолингвистики

**ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЧТЕНИЯ И ПИСЬМА ПРИ  
МОТОРНОЙ И СЕНСОРНОЙ ФОРМАХ АФАЗИИ**

АВТОРЕФЕРАТ

ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ  
БАКАЛАВРСКОЙ РАБОТЫ

студентки 5 курса 571 группы  
направления 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование  
профиль подготовки «Логопедия»  
факультета психолого-педагогического и специального образования

**Яркиной Екатерины Витальевны**

Научный руководитель:

доцент, канд.пед.наук, доцент

кафедры логопедии

\_\_\_\_\_

О.А. Константинова

Зав. кафедрой:

доктор филол. наук, доцент

\_\_\_\_\_

В.П. Крючков

Саратов 2022

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность.** Инсульт является второй ведущей причиной смерти в России и восьмой по распространенности причиной получения инвалидности. Одним из возможных последствий инсульта наряду с двигательными нарушениями является афазия. Афазия – нарушение, ведущее к проблемам с порождением и пониманием речи, что негативно сказывается на качестве жизни человека. Для того чтобы спрогнозировать исход заболевания и минимизировать его последствия, необходимо диагностировать речевые нарушения как можно раньше.

По данным регистра инсульта НИИ неврологии РАМН, в России ежегодно происходит 400 тысяч новых случаев инсульта. Афазии встречаются в 25-30% случаев перенесенного инсульта, следовательно, в год появляется более 100000 больных с нарушениями речи по типу афазии. Афазии наблюдаются в 35,9% случаев в конце острого периода инсульта, дизартрии – в 13,4%. В большинстве случаев речевые расстройства вызывают тяжелое нарушение трудоспособности, подчас являясь единственным препятствием к возвращению больного к работе.

Среди лиц, перенесших инсульт, выделяются пациенты, имеющие грубые нарушения орально-артикуляционного праксиса (центральное расстройство кинестетической афферентации при моторной и сенсорной формах афазии). По наблюдениям логопедов, пациенты с поражением нижних отделов постцентральной зоны мозга дают относительно низкую динамику восстановления речи в реабилитационных стационарах в остром периоде ОНМК и на амбулаторном этапе. Положительная динамика восстановления без специализированной помощи отмечается ещё реже. При довольно низкой частоте возникновения эфферентной моторной афазии в чистом виде (чаще встречается в составе комплексной моторной афазии, либо сенсорно-моторной афазии), именно эта форма афазии заслуживает наибольшего внимания, поскольку именно она подразумевает наихудший реабилитационный прогноз восстановления речи и возвращения человека к его повседневным занятиям и

кругу общения.

Наиболее часто в остром периоде инсульта встречаются смешанные и комплексные речевые расстройства. Форма афазии чаще окончательно определяется через 1-2 месяца после перенесенного инсульта, регрессу подвергаются сенсорные нарушения. В этот период, по данным Л.Г. Столяровой, среди больных с речевыми нарушениями по моторному типу («передними» формами афазий) в 9,7% случаев диагностируется сенсорная афазия, в 51,4% – эфферентная моторная, в 16,5% – афферентная моторная и в 22,4% – комплексная сенсорно-моторная афазия.

**Цель исследования:** анализ теоретических основ методики восстановления чтения и письма при сенсорной и моторной формах афазии и их применение в реабилитационной работе с пациентами.

**Задачи:**

- рассмотрение понятие, сущности и классификации видов афазии;
- проведение сравнительного анализа сенсорной и моторной форм афазии;
- описание этапов восстановительной работы при моторной и сенсорной формах афазии;
- постановка цели, задач и определение методов изучения нарушений речевых функций пациентов с моторной и сенсорной формами афазии;
- анализ ошибок в речи и письме пациентов с моторной и сенсорной формами афазии;
- применение скринингового теста АБВ для реабилитационной работы с пациентами с моторной и сенсорной формами афазии;
- предложение комплексной методики восстановительной работы с пациентами с моторной и сенсорной формами афазии.

При выполнении работы были использованы следующие **методы исследования:**

- теоретические – анализ и обобщение научной и научно-методической литературы;

- эмпирические – обследование детей;
- статистические – качественная обработка результатов.

#### **Этапы исследования:**

Первый этап – теоретический анализ психолого-педагогической, лингвистической и научно-методической литературы по теме исследования;

Второй этап – теоретико-методический анализ афазии и ее форм;

Третий этап – экспериментальный анализ и методика восстановления чтения и письма при моторной и сенсорной формах афазии.

#### **Теоретическая значимость исследования:**

– обобщен и проанализирован опыт работы по созданию и практической реализации программ по работе с пациентами с разными формами афазии;

#### **Практическая значимость исследования:**

- подобран и систематизирован тест «Афазия: быстрая верификация» для оценки нарушений пациентов;
- предложены направления комплексной методики восстановления чтения и письма при моторной и сенсорной формах афазии.

**Апробация результатов исследования.** Первичная апробация осуществлялась в ходе проведения констатирующего эксперимента (2021-22 гг.) на индивидуальных занятиях с пациентами, проводимых на добровольной основе в частном порядке.

**Структура работы:** выпускная квалификационная работа включает в себя введение, две главы, заключение, список использованных источников и приложения. Работа содержит 11 таблиц и 10 рисунков. Список литературы содержит 47 источников.

## **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

Во введении сформулированы цели и задачи работы, раскрыта актуальность рассматриваемых задач, представлена структура и краткое

содержание работы.

Первый раздел исследования содержит теоретические основы изучения афазии и ее форм. Первый пункт данного раздела содержит информацию о понятии, сущности и классификации форм афазий. Во втором пункте первого раздела представлен сравнительный анализ сенсорной и моторной форм афазий. В третьем пункте раздела рассмотрены этапы восстановительной работы при эфферентно-моторной, афферентно-моторной и сенсорной формах афазии.

Под афазией, исходя из описания данного понятия в рассмотренных источниках литературы, следует понимать системное нарушение речи, состоящее в полной или частичной потери речи и обусловленное локальным поражением одной или нескольких речевых зон мозга. В истории изучения афазии выделяют 5 периодов, которые подробнее рассмотрены в первом пункте первого раздела.

В работе был проведен сравнительный анализ сенсорной и моторной форм афазий. Сенсорная или акустико-гностическая форма возникает при поражении задней трети верхней височной извилины левого полушария (зона Вернике, 22 поле).

Моторная форма афазии представлена двумя видами. Афферентная (кинестетическая) моторная возникает при поражении задних постцентральных отделов двигательного анализатора: нижнетеменных отделов. Эфферентная моторная возникает при поражении заднелобных отделов коры головного мозга (34 поле, зона Брокка, премоторная зона).

Восстановление при сенсорной и моторной формах афазий проводится поэтапно.

Первый этап стимуляции речевого дыхания. Применяется дыхательная гимнастика, включающая в работу все мышцы плечевого пояса, сочетание упражнений на мелкую моторику кисти с дыхательными упражнениями в положении лёжа и сидя.

Второй этап – восстановление звукообразования. Образование звуков обеспечивается прохождением потока воздуха через щель гортани. Этот процесс

невозможен без синхронизации работы гортани и дыхательной мускулатуры.

Следующий этап – формирование фонематической и слоговой речи.

Работу на этом этапе целесообразно разделить на 2 фазы.

Фаза 1 – постановка звуков. Наиболее эффективными методами воздействия являются логопедические пособия, позволяющие выработать правильную постановку губ и языка во время произношения звуков. Самым эффективным является метод зеркального повторения, когда пациент выполняет упражнения сопряженно с логопедом, внимательно смотря на него, следя за его мимикой, движением губ. При этом формируется положительная обратная связь и устойчивая рефлексорная дуга.

Фаза 2 – слоговая речь. Наибольшей эффективностью для восстановления слоговой речи обладают логоритмические упражнения. Суть логоритмической гимнастики: сочетание ритмичных движений с повторяющимися звуками, которые должны выстраиваться в слоговые цепочки. В итоге, создаётся система связей, позволяющая закрепить связь движения и звука. Затем последовательно формируются устойчивые слоги, которые пациент повторяет уже без связи с движением.

Следующий этап – формирование словесной речи. На этой стадии процесса восстановления речи можно выделить несколько подходов которые отличаются по своей сути, и их эффективность варьируется в зависимости от индивидуальных личностных особенностей пациента. Они основаны на постепенном переходе от слога к автоматизированной речи и осмысленному словообразованию.

Наконец, последний этап – формирование предложений. Последний этап вернёт пациента к полноценному коммуникативному взаимодействию с окружающими, является наиболее сложным и долгим. Уже не требуются длительные индивидуальные занятия пациента со специалистами. Если автоматизированная речь сформирована даже на уровне отдельных слов, главной проблемой является необходимость в выражении своих мыслей. Пациенту нет необходимости учиться, если его и так понимают. Задача специалистов бригады

по нескольким дисциплинам убедить родственников в том, чтобы они постоянно побуждали его к общению. Чем больше пациент делает попыток выразить свои мысли словами, тем больше шансов на успех.

Второй раздел исследования представляет собой экспериментальный анализ и методические основы восстановления чтения и письма при моторной и сенсорной формах афазии. Первый пункт раздела содержит информацию о цели, задачах и методике изучения речи пациентов с афазией. Вторым пунктом представлен анализ ошибок в речи и письме пациентов с сенсорной и моторной формами афазии. Третий пункт второго раздела описывает особенности применения теста «Афазия: быстрая верификация» для оценки нарушений. Четвертый пункт раздела включает в себя основные направления комплексной методики восстановления чтения и письма при моторной и сенсорной формах афазии.

Целью исследования по изучению речевых функций у пациентов с афазией является анализ ближайших результатов обследования и реабилитационных занятий у пациентов с проявлением сенсорной и моторной форм афазий.

Были обозначены следующие задачи:

- 1) определить степень выраженности речевых нарушений у обследуемых;
- 2) оценить статус когнитивных функций (КФ) при госпитализации;
- 3) выявить показатели тревоги и депрессии;
- 4) уточнить реабилитационный потенциал пациентов;
- 5) провести комплекс реабилитационных мероприятий;
- 6) оценить динамику речевых нарушений и других КФ на фоне проведения реабилитационных занятий при выписке из стационара.

С целью углубленного исследования речевого дефицита у пациентов в работе применялись следующие методы:

- наблюдение пациентов в процессе проведения режимных моментов и в динамике восстановления;
- изучение и анализ медицинской документации;

– логопедическое и нейропсихологическое обследование, а также статистические методы обработки полученных результатов (описательная статистика и качественное описание).

Анализ ошибок в речи и письме пациентов с моторной и сенсорной афазией предполагает сравнение пациентов при выполнении двух типов заданий – традиционных и экспериментальных. Контрольная группа участников, не имеющих неврологического дефицита, не привлекалась в связи с отсутствием письменных ошибок, которые бы могли быть расценены в качестве проявления афазии.

Анализ распределения словообразовательных ошибок, а также двух видов морфологических (ошибочное образование формы существительного, ошибочное образование формы глагола) не выявил значимых различий. Что касается группы синтаксических ошибок, то различия были получены сразу для пяти видов ошибок. Так, выявлено статистически значимое преобладание ошибок в виде нарушения границ предложения в мнестическом задании по сравнению с регуляторным ( $p=0,004$ ), а также с заданием на составление предложений ( $p=0,004$ ).

Для оценки речевой функции пациентов, поступающих в неврологические отделения, используются скрининговые тесты. «Афазия: быстрая верификация» (АБВ) – это адаптированный для русского языка скрининговый тест, который позволяет медицинскому персоналу неврологического отделения оценить наличие речевых нарушений у пациентов в первые дни после инсульта.

Тест «Афазия: быстрая верификация» состоит из трех частей. Часть А оценивает понимание речи, часть Б – порождение, в часть В включены задания повышенной сложности. Части А и Б составляют ядро теста, часть В является дополнительной и может проводиться для углубления понимания речевого дефицита пациента. Каждая часть содержит семь заданий.

По окончании реабилитационных мероприятий были оценены состояние речевой и других высших когнитивных функций пациентов, а также уровень реабилитационного потенциала. Количественный анализ степени выраженности



нарушенных функций с использованием балльной оценки их состояния для дальнейшего прослеживания динамики восстановительного обучения показал положительную динамику.

После прохождения курса восстановительного лечения у обследуемых наблюдалась положительная динамика в состоянии речевой функции практически по всем показателям (21 балл). Наиболее значимое улучшение отмечалось при назывании действий и в понимании слов, обозначающих действия, а также в понимании фраз.

В разделе заключения представлены основные выводы по результатам исследования. В списке использованных источников представлены статьи различных авторов, использованные для написания выпускной квалификационной работы. В приложениях представлены материалы по обследованиям пациентов и графические объекты, иллюстрирующие теоретические основы проведенного исследования.

## **ОБЩИЕ ВЫВОДЫ**

Под афазией следует понимать системное нарушение речи, состоящее в полной или частичной потере речи и обусловленное локальным поражением одной или нескольких речевых зон мозга. В истории изучения афазий выделяют 5 периодов. Афазия может иметь следующую этиологию: сосудистую, травматическую, опухолевую. Наиболее полная афазия представлена следующими видами: динамическая, семантическая, сенсорная, передний аграмматизм, акустико-мнестическая, оптико-мнестическая, афферентно-моторная, эфферентно-моторная.

Особенности проявления сенсорной и моторной форм афазий заключаются в различном проявлении по ключевым направлениям, к которым относятся: центральный механизм, клиническая картина, состояние счета, письма и чтения, пересказ, фразы по картинкам, называние, диалогическая, повторная, спонтанная речь, объем слухоречевой памяти, особенности нарушения понимания речи,

нейропсихологическая симптоматика, психологическая картина. Данные особенности зависят от форм проявления: сенсорная, афферентно-моторная или эфферентно-моторная афазии и от степени от легкой до грубой.

Отмеченная в работе методика восстановления речевых функций при моторной и сенсорной формах афазий состоит из следующих этапов: восстановление звукообразования, стимуляция речевого дыхания, формирование фонематической и слоговой речи, формирование словесной речи, формирование предложений.

Цель изучения речи пациентов с афазией – анализ результатов обследования и восстановления нарушений речевых функций больных. Задачами изучения речи пациентов с афазией являются: анализ тяжести проявления нарушений, оценка статуса когнитивных функций пациентов, выявление проявления у пациентов эффектов депрессии и тревоги, анализ реабилитационного потенциала больных, разработка и проведение восстановительной терапии, провести анализ результатов проведенного исследования, эффективности предложенной реабилитации и динамики показателей.

Анализ количества и видов письменных ошибок у пациентов с моторной и сенсорной афазиями выявил диссоциации между заданиями с различной функциональной направленностью.

Были выявлены диссоциации по числу ошибок в виде нарушения границ предложения, пропусков самостоятельных частей речи, пропусков служебных слов, нарушений норм согласования и управления. Полученные различия объясняются выбором функциональных стратегий письма, отвечающих поставленной перед пациентом письменной задачей.

Вывод об адаптивном характере изменения числа синтаксических ошибок в письменных заданиях согласуется с лингвистическими теориями, ориентированными на сохраненный при афазии прагматический компонент вербальной коммуникации и возможность его компенсаторного использования при восстановлении речи.

Скрининговый тест АБВ для диагностики речевых нарушений соответствует современным психометрическим стандартам. Этот тест может считаться надежным, так как такие параметры, как чувствительность, специфичность, положительная и отрицательная прогностическая значимость, высоки, а отношения правдоподобия положительного и отрицательного результата тестов имеют приемлемые значения.

Анализ стимулов теста показал, что тест может считаться гомогенным, а сами стимулы варьируются по сложности (легкая, умеренная, высокая). Тестирование контрольной группы показало, что люди без патологий мозга выполняют задания теста практически безошибочно (95-100 % правильных ответов), при этом больше всего затруднений вызвало выполнение задания А3. Однако результат выполнения этого задания был значительно выше среднего (73 % правильных ответов), поэтому мы решили не менять стимульный материал для этого задания. Кроме того, результат анализа стимулов показал, что стимулы с умеренной и высокой сложностью более значимо коррелируют с общим результатом и играют большую роль при определении степени выраженности речевого нарушения. Принимая во внимание полученные результаты, мы считаем, что финальный набор стимулов теста АБВ, включающий в себя пять стимулов с низкой, семь – с умеренной сложностью и один стимул с высокой сложностью, является достаточным для различения пациентов с разной степенью выраженности речевых нарушений.

Наконец, демографические характеристики не оказывают влияния на результат выполнения теста АБВ. Помимо этого, не было выявлено значимых различий между результатами участников с разными типами афазии, что значит, что вне зависимости от типа афазии тест может достоверно зафиксировать наличие такого нарушения. Тем не менее, было зафиксировано значимое различие между результатами выполнения теста в группах людей с афазией и с дизартрией. Общий балл АБВ в группе людей с дизартрией без афазии был значимо выше, чем в группе людей с афазией, хотя и ниже порогового значения. Кроме того, в этой группе не было отмечено значимой разницы между

результатами выполнения заданий на понимание и заданий на порождение речи.

В результате проведения 20 психолого-логопедических занятий у пациентов была отмечена положительная динамика восстановления речевой функции. Укрепилась функция произвольного внимания, наблюдалось повышение речевой активности. Несколько сгладилась картина аграмматизма типа «телеграфного стиля». Активный словарь стал богаче количественно и качественно, были отмечены улучшения в произносительной сфере. Всё больше слов обследуемые стали произносить достаточно плавно. Интонационный рисунок высказывания стал выразительнее, улучшилось понимание развернутой монологической речи. Собственная фраза стала более информативной, усложнилась ее синтаксическая структура. Расширились возможности звуко-буквенного анализа состава слова, а, следовательно, и функции письма. Стал возможен самоконтроль и коррекция допущенных ошибок при написании простых слов и фраз.

Введение комплексного подхода к реабилитации при сенсорной и моторной формах афазии значительно улучшает качество жизни пациента и способствует наиболее полному восстановлению утраченных функций. При этом необходимо соблюдение основных принципов нейрореабилитации, заключающихся в раннем начале реабилитационных мероприятий и комплексности их применения, адекватности использования педагогических методик на определенном этапе восстановительной терапии, активном участии в процессе самого пациента и членов его семьи.

Для дальнейшего улучшения речевой функции пациентов необходимо продолжение психолого-логопедических занятий на фоне курсов нейротрофической и нейропротекторной терапии. В работе было доказано, что совместные усилия логопеда-афазиолога и нейропсихолога с применением приемов и методов коррекционно-педагогической работы позволяют добиться положительной динамики речевой реабилитации.