

УДК 616.831

К ВОПРОСУ О ВОССТАНОВЛЕНИИ РЕЧЕВОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С АФАЗИЕЙ ПОСЛЕ ОРГАНИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Жукова А.А., Сакаева А.Н., Боброва В.В.

*Карагандинский университет им. академика Е.А. Букетова, Караганда,
e-mail: antonina_zhukova1998@mail.ru, sakayeva_a@mail.ru, valya_nina@mail.ru*

В настоящее время с каждым годом растет риск сердечно-сосудистых заболеваний, согласно статистическим данным одним из которых в большинстве случаев является инсульт. У лиц, перенесших данную патологию, одним из наиболее частых нарушений является распад речи (афазия). В связи с высокой распространенностью и весьма тяжелыми последствиями для здоровья человека эта проблема является актуальной на сегодняшний день. В данной статье проведен обобщенный анализ научных работ, направленных на поиск и разработку оптимальных методов преодоления постинсультной афазии. Проанализировав психолого-педагогическую и медицинскую литературу по данной теме, авторы выделили направления коррекционно-восстановительной работы: восстановление регуляторных функций, восстановление пространственных представлений и коррекция неглект-синдрома у больных с афазией. Данные нарушения оказывают непосредственное влияние на речевые центры (зона Брока и Вернике), тем самым препятствуя восстановлению речевой функции у больных с афазией, следовательно, необходима комплексная восстановительная работа по каждому направлению, которая включает активную и пассивную реабилитацию. Пассивная восстановительная работа предполагает организованную бытовую среду, сотрудничество с родственниками и персоналом. В свою очередь, активная реабилитация должна содержать коррекционно-восстановительные занятия, подразумевающие вовлеченность и ответную реакцию пациента в ходе работы. В заключение предложены три направления коррекционно-восстановительной работы речевой функции у больных с афазией после органических поражений головного мозга.

Ключевые слова: афазия, речевая функция, нарушение, восстановительная работа, реабилитация, регуляторные функции, пространственные представления, неглект-синдром

ON THE ISSUE OF THE RESTORATION OF SPEECH FUNCTION IN PATIENTS WITH APHASIA AFTER ORGANIC BRAIN LESIONS

Zhukova A.A., Sakaeva A.N., Bobrova V.V.

*Karaganda University named after academician E.A. Buketov, Karaganda,
e-mail: antonina_zhukova1998@mail.ru, sakayeva_a@mail.ru, valya_nina@mail.ru*

Currently, the risk of cardiovascular diseases is increasing every year, according to statistics, one of which is stroke in most cases. In persons who have undergone this pathology, one of the most frequent disorders is speech breakdown (aphasia). Due to the high prevalence and very severe consequences for human health, this problem is relevant today. This article presents a generalized analysis of scientific papers aimed at finding and developing optimal methods for overcoming post-stroke aphasia. After analyzing the psychological, pedagogical and medical literature on this topic, the authors identified the areas of correctional and rehabilitation work: restoration of regulatory functions, restoration of spatial representations and correction of the unilateral spatial neglect in patients with aphasia. These disorders have a direct impact on the speech centers (Brock's and Wernicke's zone), thereby preventing the restoration of speech function in patients with aphasia, therefore, comprehensive rehabilitation work is needed in each direction, which includes active and passive rehabilitation. Passive rehabilitation work involves an organized household environment, cooperation with relatives and staff. In turn, active rehabilitation should contain remedial and restorative classes, implying the involvement and response of the patient during the work. In conclusion, 3 directions of correctional and restorative work of speech function in patients with aphasia after organic brain lesions are proposed.

Keywords: aphasia, speech function, disorder, restorative work, rehabilitation, spatial representations, regulatory functions, unilateral spatial neglect

Сердечно-сосудистая патология в современном мире – достаточно распространенное явление. Болезни сердечно-сосудистой системы составляют обширную категорию заболеваний сердца и сосудов головного мозга. Данная категория содержит целый ряд заболеваний: хроническая сердечная недостаточность, стенокардия, пороки сердца, атеросклероз, гипертония, нарушение кровоснабжения сосудов, аритмия, воспаление различных слоев сердца, а также инсульт, который, по мнению специалистов Всемирной организации

здравоохранения (ВОЗ), занимает второе место в мире среди причин смертности [1].

Инсульт является острым нарушением мозгового кровообращения, которое приводит к стойкому очаговому поражению головного мозга. По официальным данным из статистических сборников Министерства здравоохранения РК в 2017 г. на 100 тыс. населения приходилось 16360,6 инсультов, при этом в 1998 г. их было 5891,8. По гендерному признаку 53% составляют мужчины, 47% – женщины [2].

Последствия перенесенного заболевания характеризуются стойким распадом речи, которое именуется афазией. Афазия характеризуется полной или частичной утратой уже сформировавшейся речи, обусловленной локальным органическим поражением речевых зон коры головного мозга (зона Брока и Вернике).

Для достижения положительной динамики восстановления больных с тяжелыми, а также умеренными и легкими речевыми нарушениями необходимо раннее коррекционно-педагогическое вмешательство в остром периоде инсульта. В связи с этим важнейший этап в реабилитации больного и возвращения его к активной жизни – это проведение коррекционной работы по восстановлению речи.

Таким образом, проблема восстановления речевой функции у больных с афазией после органических поражений головного мозга по сей день является актуальной, так как от своевременной и грамотно организованной коррекционной работы, а также точного и целенаправленного применения логопедических приемов в острой стадии заболевания будет зависеть конечный результат и дальнейшая социальная адаптация человека в обществе.

Цель исследования – теоретическое обоснование процесса восстановления речевой функции у больных с афазией после органических поражений головного мозга.

Материалы и методы исследования

В ходе исследования использовались следующие методы: анализ научной, психолого-педагогической и методической литературы, нормативной документации и архивных документов.

Результаты исследования и их обсуждение

В нашей статье рассмотрена активная и пассивная работа по восстановлению регуляторных функций, пространственных представлений и коррекции неглект-синдрома у больных с афазией.

Регуляторные нарушения (нарушение управляющих функций, «лобный» синдром) – нарушение функций, обеспечиваемых префронтальными отделами лобных долей мозга, связанных с программированием, регуляцией и контролем психической деятельности [3].

Пространственные нарушения (нарушение пространственных представлений, апрактогнозия) – синдром, который характеризуется нарушением ориентировки в пространстве, ориентации движений и действий, восприятия объемных объектов, а также нарушением квазипространственных представлений.

Неглект-синдром (синдром одностороннего зрительно-пространственного игнорирования; гемипространственное игнорирование) – синдром, при котором больной не реагирует на стимулы, предъявляемые в половине пространства, противоположной пораженной области [4].

Для трех вышеперечисленных нарушений в той или иной мере характерны некоторые общие особенности:

- поражение третичных (ассоциативных) зон коры головного мозга;
- актуальность пассивной восстановительной коррекции на начальных этапах работы;
- высокая значимость ближайшего окружения в восстановительной работе по сравнению с другими нарушениями.

У большинства больных с афазией отмечаются нейропсихологические синдромы, связанные с нарушением регуляторных функций, пространственных представлений и неглект-синдромом.

Нейропсихологический синдром – закономерная совокупность симптомов (признаков) нарушений ВПФ, часть из которых при данной локальной патологии встречается регулярно, часть может носить вероятностный характер, а каждый из них от случая к случаю может обладать различной степенью выраженности. Соответствие нейропсихологических синдромов рассматриваемым нарушениям представлено ниже:

1. Регуляторные нарушения – префронтальные конвекситальные синдромы («лобные» синдромы) + синдромы поражения глубинных и подкорковых структур.

2. Пространственные нарушения – синдромы поражения зоны ТРО (теменно-височно-затылочной области).

3. Неглект-синдром – синдромы поражения корковых отделов больших полушарий и ближайшей подкорки субдоминантного полушария.

Данные нарушения затрагивают речевые центры (зоны Брока и Вернике), тем самым оказывают непосредственное влияние на восстановление речевой функции у больных с афазией.

Следовательно, необходима комплексная восстановительная работа:

- пассивная восстановительная работа – особым образом организованное бытовое пространство, социальное взаимодействие с родственниками и персоналом;
- активная восстановительная работа – непосредственные нейропсихологические восстановительные занятия, предполагающие ответную активность пациента.

Рассмотрим подробно восстановительную работу при каждом нарушении:

Восстановительная работа при регуляторных нарушениях

Регуляторные нарушения тормозят прогресс всей реабилитации, снижают реабилитационный прогноз. Для полноценного реабилитационного процесса необходимо создание эргозон.

Эргозона – специализированное помещение, в котором пациенты могут попробовать самостоятельно себя обслуживать: готовить еду, самостоятельно принимать пищу, пользоваться стиральной машиной или стирать вручную, мыть посуду, гладить одежду, накрывать на стол и т.д. Единого способа коррекции всех вариантов нарушения не существует. Выбор направления занятий определяется тем, какой из аспектов восстанавливается. Важнейшим условием восстановления и компенсации регуляторных (управляющих) функций является осознание имеющихся проблем [3]. Восстановительная работа при регуляторных нарушениях приведена в табл. 1.

Восстановительная работа при пространственных нарушениях

Данный тип нарушений связан с повреждением ассоциативных зон коры головного мозга, эти зоны располагаются в задних отделах коры и функционально относятся ко второму блоку мозга (по А.Р. Лурия). Поэтому при условии сохранности лобных долей восстановительное обучение при пространственных нарушениях происходит в основном за счет привлечения сознательного контроля (третьего блока мозга). Это представляет собой деавтоматизацию нарушенного навыка (по Бернштейну) [5], возвраще-

ние к внешнему проговариванию и работе с наглядностью (по Гальперину) [6], экстериоризация (обратная интериоризация) навыков по Выготскому [7]. Другими словами, мы переводим навык обратно на сознательный уровень, отрабатываем его, чтобы он заново автоматизировался за счет либо восстановления нарушенных, либо использования сохранных звеньев. Осознание спускается до элементарных форм восприятия. Восстановительная работа при пространственных нарушениях представлена в табл. 2.

Восстановительная работа при неглект-синдроме

Данный синдром включает в себя целый комплекс нарушений в гностической, двигательной, коммуникативной, поведенческой и эмоционально-личностной сферах. Поэтому его коррекция не должна сводиться только к восстановлению гнозиса и праксиса.

Анозогнозия, с которой в большинстве случаев сочетается синдром неглекта, как и регуляторные нарушения, значительно снижает реабилитационный потенциал пациента. Явления анозогнозии могут как регрессировать по мере восстановления сферы восприятия, так и оставаться практически неизменными даже при полном восстановлении гнозиса. Остаточные явления неглект-синдрома, выявляемые при углубленном нейропсихологическом обследовании, могут не замечаться в повседневной жизни, однако в какой-то момент проявиться и стать причиной неприятных и даже трагических происшествий [8]. Восстановительная работа при неглект-синдроме представлена в табл. 3.

Таблица 1

Восстановительная работа при регуляторных нарушениях

Пассивная реабилитация
– стикеры с напоминаниями; списки дел; визуальные расписания; – схемы, ориентиры; указания на ошибки со стороны окружающих
Активная реабилитация
1. Восстановление произвольного внимания: чтение текстов; графические диктанты; решение арифметических задач; корректурные пробы; тест Струпа; решение арифметических примеров на скорость; настольные игры
2. Восстановление навыков самонаблюдения: – выделять значком те дела, которые нужно было выполнить в конкретное время; – мысленно проговаривать свои действия; – в процессе выполнения действия задавать себе вопросы; – корректные замечания персонала в процессе выполнения действий; – выполнять действия и одновременно отмечать свои ошибки, отклонения от плана
3. Восстановление самоконтроля: – самостоятельный контроль собственных действий с минимальной помощью извне; – пациент мотивируется каким-либо вознаграждением на увеличение количества правильно контролируемых реакций; – отработка, тренировка навыка замечать и контролировать свои нежелательные реакции без подсказки со стороны; – самостоятельное безошибочное выполнение задания, действия до полного исключения ошибок

Таблица 2

Восстановительная работа при пространственных нарушениях

Пассивная реабилитация
<ul style="list-style-type: none"> – заметные указатели и таблички в значимых участках пространства (уборная, холодильник и пр.); – элемент, обозначающий правую руку (например, яркая ленточка на запястье); – особым образом выстроенное взаимодействие – упрощение словесных формулировок, избегание употребления сложных конструкций в речи, медленный темп речи, предоставление времени на обдумывание сказанного
Активная реабилитация
1. Восстановление пространственной ориентировки: копирование и самостоятельное рисование объемных изображений; кубики Кооса; выкладывание из спичек, кружочков и пр.; графические диктанты (самостоятельные и по образцу); лабиринты; различные конструкторы; зрительно-моторная координация в объемном пространстве (вкладыши); балансиры; работа с часами
2. Восстановление понимания сложных словесно-логических конструкций: <ul style="list-style-type: none"> – выполнение инструкций, включающих сложные словесно-логические конструкции; – введение дополнительных слов, рисунков, вопросов, облегчающих восприятие сложных речевых структур
3. Восстановление функции счета (коррекция акалькулии): работа с наглядным материалом (овеществление состава числа); решение примеров; решение примеров с заменой знака; решение арифметических задач с повышением уровня сложности; работа с таблицами умножения и деления

Таблица 3

Восстановительная работа при неглект-синдроме

Пассивная реабилитация
<ul style="list-style-type: none"> – расположение кровати пациента таким образом, чтобы дверь, наиболее оживленная часть палаты находились с пораженной стороны; – расположение прикроватной тумбочки, стульев с пораженной стороны; – нахождение родственников и специалистов с пораженной стороны; – установление радиоприемника с пораженной стороны от пациента; – использование специальных очков, перекрывающих здоровое поле зрения; – использование удерживающих повязок для здоровой руки в случае, если пациент «забывает» использовать пораженную руку; – использование ярких опознавательных знаков для пораженной руки (ленточки, браслеты и пр.); – информационные таблички рядом с кроватью.
Активная реабилитация
<p>Упражнения: глазовдвигательная гимнастика; деление линии пополам; зрительное сканирование; чтение текстов; спонтанное рисование; корректурная проба; копирование фигур, перерисовка; работа с зеркалом; работа с внешними бытовыми раздражителями; графические диктанты; отыскание чисел («Соедини точки»); выкладывание из спичек</p> <p>Приемы:</p> <ul style="list-style-type: none"> – привязывание здоровой руки пациента на время выполнения заданий на мануальный праксис. Листы делят заметной линией ровно посередине, оговаривая это с самим пациентом. Благодаря этому возможно произвольное концентрирование внимания пациента на пораженной половине листа; – ориентация при чтении и зрительном сканировании на смысл читаемого/видимого; использование двух видов картинок: предметных и сюжетных. В процессе работы с текстом желательно избегать «угадывающего» чтения, к которому такие пациенты часто склонны; то же самое касается восприятия сюжетных изображений. <p>При чтении и письме могут использоваться разные по степени интенсивности приемы привлечения внимания пациента к пораженной половине пространства:</p> <ul style="list-style-type: none"> – удержание с помощью собственной правой руки пациента; – удержание с помощью собственной пораженной руки пациента; – удержание внимания пациента рукой специалиста; – использование специальной рамки-бегунка, фиксирующей внимание на фрагменте строки; – удержание внимания с помощью визуальных маркеров; – устное напоминание («Посмотрите на левую половину», «Найдите начало строки»)

Помимо системного нарушения речи у больных с афазией нарушена сенсорная, двигательная, личностная сфера, психические процессы, ориентация во времени и пространстве. Таким образом, необходимо вести комплексную работу по восстановлению речевой функции и задействовать все сферы.

Заключение

Исходя из вышеизложенного, предлагаем вести коррекционно-восстановительную работу по трем следующим направлениям:

1. Восстановление регуляторных функций.
2. Восстановление пространственных представлений.
3. Коррекция неглект-синдрома.

В соответствии с этим проведение коррекционной работы по восстановлению речи с использованием данных направлений позволит добиться положительной динамики восстановления больных с тяжелыми, а также умеренными и легкими речевыми нарушениями. Использование данных направлений способствует преодолению речевого нарушения и восстановлению коммуникативной функции речи у па-

циентов, а также оказывает положительное влияние на дальнейшую адаптацию пациента в обществе.

Список литературы

1. Пирадов М.А. Инсульт: пошаговая инструкция. М., 2020. 288 с.
2. Инсульт: предупрежден – значит вооружен. 2022. [Электронный ресурс]. URL: <https://hard-life.kz/1455-vsemirnyj-den-borby-s-insultom-preduprezhden-znachit-vooruzhen.html> (дата обращения: 13.02.2023).
3. Ахутина Т.В., Варако Н.А., Григорьева В.Н. Нейропсихологическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями регуляторных функций при повреждениях головного мозга: методические рекомендации. М., 2019. 82 с.
4. Никитаева Е.В. Нейропсихологическая реабилитация пациентов с синдромом неглеста. Казань: Бук, 2021. 50 с.
5. Визель Т.Г. Вариативность форм афазии. Барнаул: АлтГПУ, 2015. 271 с.
6. Гальперин П.Я. Лекции по психологии: учебное пособие для студентов вузов. М., 2002. 400 с.
7. Выготский Л.С. Психология. М.: ЭКСМО-Пресс, 2010. 1008 с.
8. Никитаева Е.В. Нейропсихологическая восстановительная работа по преодолению синдрома неглеста у пациентов в остром периоде после ишемического инсульта // Молодой ученый. 2020. № 26 (316). С. 269–271.