УДК 376.37:616.83 *DOI 10.26170/sp20-03-01*
ББК Ч457.093 *ГСНТИ 14.29.09; 14.29.29; 14.29.41* *Код ВАК 13.00.03*

Е. С. Бердникович
М. С. Мясникова
О. С. Орлова
И. И. Титкова
Москва, Россия

СПЕЦИФИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ И КОРРЕКЦИИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТКИ С ПОДКОРКОВОЙ АФАЗИЕЙ

Аннотация. В статье представлен случай клинического наблюдения подкорковой афазии. Анализируются проявления речевых расстройств и нарушений высших психических функций у пациентки с инсультом в бассейне левой средней мозговой артерии, гематомой левой внутренней сонной артерии. Основной акцент делается на использование адекватных возрасту пациентки диагностических шкал и тестов: оценки выраженности речевого нарушения по методике количественной оценки речи при афазии Л. С. Цветковой (КОР), нейропсихологического обследования по методике А. Р. Лурии, Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (МоСа-тест), госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS. Диагностировано наличие эфферентной моторной афазии умеренной степени выраженности, акустико-мнестической афазии легкой степени выраженности в клинической картине подкорковой афазии. Обращается внимание на проявление симпто-

E. S. Berdnikovich
M. S. Myasnikova
O. S. Orlova
I. I. Titkova
Moscow, Russia

EXAMINATION AND REHABILITATION OF SPEECH DISORDERS IN A PATIENT WITH SUBCORTICAL APHASIA

Abstract. The article presents a case of clinical observation of subcortical aphasia. It analyzes the manifestations of speech disorders and disorders of higher mental functions in a patient with a stroke in the basin of the left middle cerebral artery and a hematoma of the left internal carotid artery. The main focus is on the use of diagnostic scales and tests that are adequate to the patient's age: assessment of the severity of speech disorders using the method of quantitative speech assessment in aphasia worked out by L. S. Tsvetkova (QSA), neuropsychological examination by the method of A. R. Luria, Montreal scale of assessment of cognitive functions (MoCA test), and hospital scale of anxiety and depression HADS. The study has revealed the presence of efferent motor aphasia of moderate severity and acoustic-mnestic aphasia of mild severity in the clinical picture of subcortical aphasia. Attention is drawn to the manifestation of symptoms and syndromes characteristic of disorders in the

мов и синдромов, характерных для нарушений в работе всех трех блоков мозга, преимущественно второго. Проведенный авторами качественный и количественный анализ результатов диагностических исследований позволил подобрать оптимальные, персонифицированные методы восстановительной работы, увеличить объем слухоречевой памяти, скорректировать симптомы кинестетической апраксии у обследуемой. Полученные данные эффективности реабилитационных занятий указывают на выраженную динамику восстановления речи при афазии с подкорковым очагом поражения и необходимость комплексной психолого-педагогической работы, направленной на повышение качества жизни.

Ключевые слова: подкорковая афазия; поражения головного мозга; инсульты; восстановительное обучение; нейрореабилитация; логопедия; нарушения речи; речевые нарушения; речевые расстройства; высшие психические функции; головной мозг; клинические наблюдения; лица с нарушениями речи.

Сведения об авторе: Бердникович Елена Семеновна, логопед, кандидат педагогических наук, доцент.

Место работы: старший научный сотрудник отдела трансляционных нейронаук, федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр неврологии», Москва.

work of all three blocks of the brain, mainly the second one. The qualitative and quantitative analysis of the results of the diagnostic studies carried out by the authors made it possible to select optimal differentiated methods of rehabilitation work, increase the volume of auditory-speech memory and reduce the symptoms of kinesthetic apraxia in the patient. The data obtained on the effectiveness of rehabilitation classes indicate more pronounced dynamics of recovery in aphasia with a subcortical lesion and the need for comprehensive psychological and pedagogical work targeted at improving the quality of life of the patient.

Keywords: subcortical aphasia; brain lesions; strokes; rehabilitative training; neurorehabilitation; logopedics; speech disorders; disorders of speech; speech impairments; higher mental functions; brain; clinical observation; persons with speech disorders.

About the author: Berdnikovich Elena Semenovna, Speech Therapist, Candidate of Pedagogy, Associate Professor.

Place of employment: Senior Researcher, Department of Translational Neurosciences, «Research Center for Neurology».

Контактная информация: 125367, Россия, Москва, Волоколамское шоссе, д. 80.
E-mail: berdnickovitch.elena@yandex.ru.

Сведения об авторе: Мясникова Мария Сергеевна.

Место работы: логопед, аспирант кафедры логопедии, Московский педагогический государственный универси-

About the author: Myasnikova Mariya Sergeevna.

Place of employment: Speech Therapist, Post-Graduate Student of Department of Speech Therapy, Moscow State

тет (МПГУ); федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр неврологии», Россия, г. Москва.

Pedagogical University; Research Center for Neurology, Moscow, Russia.

Контактная информация: 125367, Россия, Москва, Волоколамское шоссе, д. 80.
E-mail: for-ms@lenta.ru.

Сведения об авторе: Орлова Ольга Святославна, доктор педагогических наук, профессор.

Место работы: профессор кафедры логопедии, Институт детства, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский педагогический государственный университет»; главный научный сотрудник, федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства России»; ведущий научный сотрудник, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр мозга и нейротехнологий» Федерального медико-биологического агентства России; вице-президент, Ассоциация фониатров и фонопедов, г. Москва, Россия.

About the author: Orlova Ol'ga Svyatoslavna, Doctor of Pedagogy, Professor.

Place of employment: Professor of Speech Therapy Department, Institute of Childhood, Moscow State Pedagogical University (MSPU); Chief Researcher, National Medical Research Center for Otorhinolaryngology of the Federal Medical and Biological Agency of the Russian Federation; Leading Researcher of the Federal center for Brain Neurotechnologies of the Federal Medical and Biological Agency of the Russian Federation; Vice-President of the Association of Phoniatrists and Phonopaedists of Russia.

Контактная информация: 119571, Москва, пр-т Вернадского, 88, ауд. 741.
E-mail: os_orlova@mail.ru.

Сведения об авторе: Титкова Ирина Игоревна, медицинский психолог.

Место работы: федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр неврологии», г. Москва, Россия.

About the author: Titkova Irina Igorevna, Medical Psychologist.

Place of employment: Research Center for Neurology, Moscow, Russia.

Контактная информация: 125367, Россия, Москва, Волоколамское шоссе, д. 80.
E-mail: irina-igorevna@mail.ru.

Локальные поражения головного мозга вследствие инсульта, черепно-мозговых травм и других заболеваний центральной нервной системы представляют собой одну из наиболее частых причин инвалидизации среди населения. Анализ специальной литературы показал, что в России ежегодно регистрируется примерно 400—450 тыс. инсультов [9, с. 5]. Одним из наиболее тяжелых последствий таких поражений является афазия — нарушение уже сформировавшейся речи, которое носит системный характер и выявляется при поражении соответствующих отделов коры головного мозга. Причиной возникновения афазии примерно в трети случаев является нарушение мозгового кровообращения. Афазии сосудистого генеза наблюдаются преимущественно у лиц взрослого возраста, а также у подростков в результате разрыва аневризмы сосудов головного мозга, черепно-мозговой травмы и тромбоэмболий. Однако в литературе, посвященной изучению афазии, имеются наблюдения, указывающие на возникновение речевых нарушений при поражении не только корковых, но и подкорковых структур головного мозга: таламуса, хвостатого ядра и скорлупы, бледного шара, различных отделов внутренней и наружной капсулы, перивентрикулярного белого вещества [2, с. 4; 14, с. 97]. Своеобразие речевого синдрома выделяется в виде «подкорковой» афазии и характеризуется разнообразными проявлениями в виде нарушений экспрессивной речи, наличия персевераций, трудностей понимания инструкций, стереотипий, нарушений понимания речи при сохранном повторении слов, парафазий, нарушений способности называть объект («аномия») при сохранной способности говорить. В исследовании Е. С. Бердникович, проведенном в федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научный центр неврологии» (ФГБНУ НЦН), установлено, что у обследуемых в остром восстановительном периоде инсульта отмечаются корковые, корково-подкорковые и подкорковые очаги поражения головного мозга, и доказано значительное улучшение нарушенной речевой функции у последней категории пациентов при сенсорной стимуляции [1, с. 15].

Результаты исследования Т. А. Кучумовой позволили выделить своеобразный устойчивый комплекс нарушений речевых и неречевых высших психических функций (ВПФ), наблюдаемых при поражении подкорковых структур головного мозга [5, с. 16]: при локализации очага в передних отделах лентикулярно-

© Бердникович Е. С., Мясникова М. С., Орлова О. С., Титкова И. И., 2020

го ядра, белом веществе центральной извилины и переднем бедре внутренней капсулы имеют место изменения по типу «псевдолобного» синдрома и речевые нарушения, подобные эфферентной моторной афазии (ЭМА) и динамической афазии (ДА); при локализации очага поражения в белом веществе височной доли, зрительном бугре, задних отделах лентикулярного ядра — изменения ВПФ по типу «псевдовисочного» синдрома и речевые нарушения, подобные акустико-мнестической, амнестико-семантической формам афазии. Следует отметить, что в клинической практике «подкорковая афазия» наблюдается довольно редко и составляет около 1 % от общего числа афазий [15, с. 139], поэтому описание этих форм актуально для логопедии. В качестве иллюстрации типичного случая подкорковой афазии и достаточно быстрой динамики ее восстановления приводим одно из наших собственных наблюдений за проявлениями данного синдрома.

Целью нашего исследования являлось изучение ближайших результатов обследования и реабилитационных занятий у пациентки с подкорковой афазией в условиях стационара. Были обозначены следующие **задачи**: 1) определить степень выраженности речевых нарушений у обследуемой на этапе поступления в стационар; 2) оценить статус когнитивных функций (КФ) при госпитализации; 3) выявить показатели тревоги и депрессии; 4) уточнить реабилитационный потенциал пациентки; 5) провести комплекс реабилитационных мероприятий и 6) оценить динамику речевых нарушений и других КФ на фоне проведения реабилитационных занятий при выписке из стационара.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилась обследуемая Р., проходившая лечение в условиях неврологического отделения ФГБНУ НЦН с диагнозом «Острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне левой средней мозговой артерии» в 2018 г. Объем, размеры и локализация очага поражения у пациентки Р. были верифицированы нейровизуализационными методами исследования: КТ/МРТ.

Пациентка Р., 41 год, обратилась в неврологическое отделение ФГБНУ НЦН 16 февраля 2018 г. с жалобами на нарушение речи (трудности при подборе слов), неловкость в правых руке и ноге. Из анамнеза известно: заболела остро 1 февраля 2018 г., когда после сна внезапно появилась слабость в правых руке и ноге, нарушилась речь. Бригадой скорой медицинской помощи была доставлена в городскую больни-

цу с диагнозом «Острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне левой средней мозговой артерии» с глубоким парезом в правой руке, умеренным парезом в правой ноге и грубой моторной афазией. Данные КТ головного мозга (1.02.2018): гиперденсивная структура левой внутренней сонной артерии. Далее пациентка госпитализирована в неврологическое отделение ФГБНУ НЦН для коррекции и контроля приема антитромботической терапии; учитывая моторную афазию в стадии восстановления, для проведения логопедических занятий.

Неврологический статус при осмотре: сознание ясное, контактна; относительно места, времени и собственной личности ориентируется. При обследовании выявляется моторная афазия умеренной степени выраженности. Правая носогубная складка слегка сглажена. Дизартрии, дисфагии, дисфонии нет. Язык при выведении из полости рта располагается по средней линии. Объем движений в руках и ногах полный. Данные *МРТ головного мозга (1.03.2018)* соответствуют диссекции с наличием интрамуральной гематомы левой ВСА вышеуказанной локализации.

С целью углубленного исследования подкоркового нарушения и речевого дефицита у пациентки нами применялись следующие методы: наблюдение пациентки 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). Статистическая обработка результатов осуществлялась с применением пакета программ *Microsoft Excel* для *Windows*. Были использованы следующие методики: 1) методика количественной оценки речи при афазии Л. С. Цветковой (КОР) [10, с. 5]; 2) методика общего нейропсихологического обследования, автор — А. Р. Лурия [7, с. 254]; 3) Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCa-тест) [17, с. 695]; 4) шкала количественной оценки данных обследования взрослых (Глозман, 2012) [3, с. 150]; 5) госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS [19, с. 361]; 6) шкала инструментальной и базисной повседневной активности (Lawton-Brody) [16, с. 179].

Запись речевых образцов длиной 60 слов велась с помощью цифрового диктофона. Во время диктофонной записи испытуемой предлагалось в развернутой форме ответить на ряд опорных вопросов (10 основных), касающихся работы, увлечений, а также определенных моментов, связанных с нарушением речи. После-

дующая обработка речевых образцов проводилась с помощью онлайн (речевого) калькулятора (выделение необходимого количества слогов для обработки), а также аудиоредактора «Audacity 2.1.0», где производился подсчет показателей количества слов с псевдозапинками [4].

Консультация и обследование логопеда (20.02.2018). Пациентка ориентируется в плане места, времени, собственной личности. Обследуемая — правша, освоившая русский язык и свободно пользовавшаяся им наряду с родным, грузинским языком в течение многих лет. Предъявляет жалобы на трудности при письме, сложности подбора слов. Речевые нарушения затронули возможность пользоваться двумя языками. В эмоциональной сфере выявляется лабильность. Имеют место нарушения орально-артикуляционного праксиса: присутствуют ошибки, поиски позы, персеверации. Спонтанная речь представлена фразами, несколько стереотипными по синтаксической структуре, с использованием речевых штампов, с единичными аграмматизмами. В высказывании отсутствует плавность, речевая активность достаточная. Произносительные трудности проявляются в «застревании» на отдельных фрагментах слова, единичных поисках отдельных артикулем, запинках. Интонационная выразительность высказывания недостаточная. Обследуемая относительно свободно понимает речь, однако имеются трудности восприятия развернутых текстов. В усложненных условиях обнаруживаются элементы отчуждения смысла слова. Выполнение устных инструкций доступно, объем слухоречевой памяти сужен. Общие коммуникативные возможности пациентки снижены. Диалогическая речь в целом сохранена, но отмечается недостаточная развернутость вопросно-ответных форм речи. Речевые автоматизмы сохранны. Повторная речь нарушена негрубо: имеются трудности артикуляционных переключений, скрытый поиск артикулем, особенно в местах стечения согласных звуков, литеральные парафазии. В номинативной функции речи отмечаются отдельные трудности актуализации малочастотных слов (даются описательные замещения, вербальные парафазии). Пациентка Р. справляется с конструированием фраз простых синтаксических моделей по сюжетной картинке. Пересказ текстов возможен, однако имеются трудности формулирования сложных фраз. Свободному изложению текста препятствуют и произносительные трудности, характерные для экспрессивной речи в целом.

Имеются элементы аграмматизма типа телеграфного стиля.

В письме под диктовку допускает искажения, пропуски букв, слогов. Чтение возможно, однако сопровождается произносительными трудностями, характерными для экспрессивной речи. Самоконтроль и коррекция допущенных ошибок при написании простых слов и фраз практически отсутствуют.

Консультация и обследование нейропсихолога (20.02.2018). Данные по Госпитальной шкале тревоги депрессии (HADS) соответствуют нормативным показателям (тревога — 1 балл, депрессия — 5 баллов). В ходе обследования отмечается снижение темпа психической деятельности (по таблицам Шульте 57 с), выраженное колебание работоспособности, истощаемость психических функций. Исследование слухоречевой памяти проводили по методике А. Р. Лурии «Заучивание 10 слов» («стол, вода, кот, лес, хлеб, брат, гриб, окно, мёд, дом»). Слухоречевая память при непосредственном воспроизведении снижена в средней степени (5, 6, 8, 6, 7 слов). Кривая запоминания слов характеризуется неустойчивостью воспроизведения, которое в условиях интерференции снижено в выраженной степени (3 слова). При воспроизведении слов наблюдаются конфабуляции, вербальные парафазии («ключ — замок»). Непосредственное воспроизведение двух групп слов доступно полностью. При введении интерференции актуализация слов значительно затруднена (отмечаются конфабуляции, контаминации). Зрительная память приближена к норме, первичных нарушений зрительного гнозиса не отмечается. Узнаванию доступны реалистические, наложенные, перечеркнутые изображения. В пробах оптико-пространственного гнозиса отмечаются ошибки (при определении левой/правой руки). При определении времени по «слепым» часам трудности не выявлены. Особую сложность в двигательной сфере представляют собой задания кинестетического праксиса: выполнение данной пробы сопровождается значительными ошибками. В динамическом праксисе при выполнении двигательной пробы «кулак — ребро — ладонь» выявляются трудности удержания и усвоения программы, персеверации. Выполнение данной пробы возможно в медленном темпе. В графической пробе отмечаются ошибки при утомлении и проявляется тенденция к упрощению задания. При оценке пространственного графического праксиса (рисунок куба, дома) отмечаются пространственные ошибки. По МоСа-тесту результат составил 22 балла. Полученные при обследовании данные позволяют описать топическую (в терминах трех блоков и

различных областей мозга) и нейропсихологическую (в терминах нейропсихологических факторов) характеристики структуры дефекта, а также динамику ее изменения. Структура дефекта определила выбор оптимальных, дифференцированных соответственно нарушениям методов работы (таблица 1). Таким образом, после анализа жалоб пациентки, анамнеза заболевания, данных МРТ головного мозга, неврологического, речевого и психологического статуса был установлен диагноз «Подкорковая афазия (эфферентная моторная афазия умеренной степени выраженности; акустико-мнестическая афазия легкой степени выраженности)».

В соответствии с формирующейся современной концепцией медицинской реабилитации, содержание и методы работы при афазии должны основываться на результатах выявления особенностей социально-коммуникативной сферы пациентов, оценки их социально-коммуникативного потенциала на основе параметров Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) [6]. Персонифицированный подход к реабилитации отражает реабилитационный диагноз, который является комплексным отражением проблем пациента и его потребности в реабилитационной помощи, описывающим все компоненты здоровья (медицинские, психологические, социальные в категориях Международной классификации функционирования — МКФ). Выделяют несколько вариантов уровней реабилитационного потенциала, рассматривающих реабилитацию как с точки зрения медицинских, психологических, социальных и семейно-общественных позиций, так и степени восстановления определенного вида деятельности. В связи с этим коррекционно-педагогическая работа по восстановлению речи, являясь неотъемлемой частью комплексной реабилитации, приобретает особую значимость [11]. Реабилитационный диагноз описывает возможности пациента, его деятельность в характерном для него образе жизни. Оцениваются домены МКФ: функции, активность и участие, факторы среды. Наиболее важными составляющими МКФ, характеризующими успешность и эффективность реабилитационного процесса, являются активность и участие. Активность определяется как выполнение задачи или действия индивидом (индивидуальная сторона функционирования), а участие — как вовлечение индивида в жизненную ситуацию (социальная сторона функционирования). Мы определяли уровень реабилитационного потенциала пациентки согласно четырехуровневой

шкале: 1) высокий — полное выздоровление, восстановление обычных для человека видов жизнедеятельности, трудоспособности и социального положения; 2) удовлетворительный — неполное выздоровление с остаточными проявлениями в виде умеренно выраженного нарушения функций; 3) низкий — медленно прогрессирующее течение хронического заболевания, выраженное нарушение функций, ограничение в выполнении большинства видов деятельности; 4) отсутствие реабилитационного потенциала — прогрессирующее течение заболевания, резко выраженное нарушение функций организма, невозможность самостоятельно выполнять основные виды деятельности [12]. У пациентки Р. был зарегистрирован до прохождения курса психолого-логопедических занятий удовлетворительный уровень реабилитационного потенциала. На основании способности пациентки к восстановлению до определенного уровня функционирования к концу реабилитационного процесса была достигнута категория РП частичного восстановления функционирования (mRS 2 балла — к концу курса реабилитации пациентка независима в повседневной жизни, однако имеет ограничения в жизнедеятельности, с которыми сама справляется, а значит, не нуждается в помощи других людей или приспособлений) [13].

Неотъемлемой частью комплексной реабилитации является психолого-педагогический аспект, включающий занятия с нейропсихологом и логопедом. Лечебно-реабилитационные мероприятия проводились мультидисциплинарно и включали в себя ежедневные логопедические занятия, нейропсихологическую коррекцию на фоне медикаментозной терапии. План совместных занятий с нейропсихологом был согласован с логопедом и неврологом, темы занятий продумывались с учетом профессии пациентки, ее преморбидного уровня и социализации. В нормализации нарушенных функций коррекционно-педагогическая работа проводилась в нескольких направлениях: 1) восстановительное, направленное на укрепление мышц артикуляционного аппарата; 2) компенсаторное, предполагающее преодоление речевых запинок и обучение специальной технике речи.

Таким образом, как видно из табл. 1, преобладающее количество выявленных симптомов и синдромов характерно для нарушения в работе структур 2-го блока мозга и *затрагивает лобные и теменные отделы левого полушария, островка и подкорковых ядер слева.*

Таблица 1

Комплекс восстановительных занятий в зависимости от дефицитарности структур функциональных блоков мозга

Структуры мозга	Синдромы нарушения	Задания
I блок мозга		
Медиобазальные отделы лобной области	Снижение темпа психической деятельности и значительное колебание работоспособности	Преодоление нарушений нейродинамического компонента психической деятельности и колебаний произвольной регуляции: – таблицы Шульте; – корректурные пробы; – дополнение незаконченных изображений до целого; – копирование, конструирование сложных геометрических фигур; – решение арифметических задач
II блок мозга		
Медиальные отделы левой височной области	Снижение слухоречевой памяти	Повышение устойчивости следов памяти: – запоминание с помощью пиктограмм (Л. С. Выготский); – запоминание рядов цифр; – запоминание серии слов; – запоминание фраз (непосредственное, отсроченное, с интерференцией); – запоминание рассказов
Теменные отделы левого полушария	Кинестетическая апраксия	Работа над восстановлением тонких дифференцированных движений при действиях с реальными/ воображаемыми предметами: – собирание мелких предметов со стола, – вкладывание маленьких предметов в большие
Средние отделы височной области левого полушария	Акустико-мнестическая афазия	Расширение объема слухоречевой памяти, а также преодоление слабости следов воспринимаемой речи: – прослушивание текстов, состоящих из нескольких предложений, и ответы на вопросы по их содержанию; – чтение постепенно наращиваемых фраз с последующим воспроизведением по памяти каждого из предложений и всего набора в целом; – составление рассказов по серии сюжетных картинок
Теменные и теменно-затылочные отделы правого полушария	Трудности в оптико- и конструктивно-пространственных пробах	Восстановление пространственно-ориентировочной деятельности: – работа с географической картой и часами, – отработка ориентации в окружающем пространстве, – отработка пространственного расположения букв и фигур

Окончание таблицы 1

Структуры мозга	Синдромы нарушения	Задания
III блок мозга		
Премоторная область левого полушария	Эфферентная моторная афазия	Выработка артикуляторных переключений, восстановление кинетических двигательных мелодий слова и фразы, а также внутренней линейной синтаксической схемы фразы: – ритмизированное произнесение слов и фраз с привлечением внешних опор; – преодоление аграмматизма на уровне синтаксической схемы фразы и формально-грамматическом уровне; – написание слов различной звуковой структуры с опорой на предметное изображение и без него под диктовку; – написание предложений (по памяти, под диктовку, в виде коммуникативного высказывания по сюжетной картинке)
Заднелобные отделы правого полушария	Динамическая апраксия	Восстановление двигательного навыка, помощь в плавном и последовательном воспроизведении движений: – обведение по контуру; – прописи; – постепенное объединение отдельных поз в последовательность

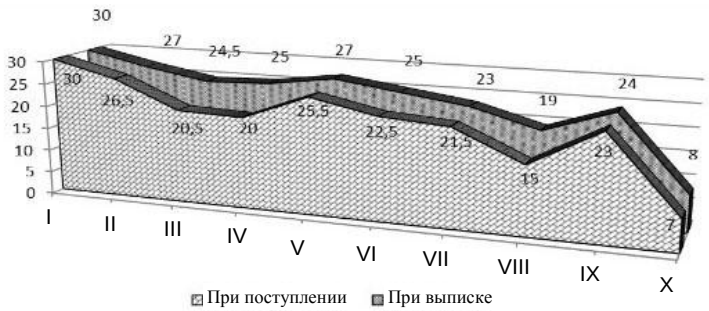

Рис. 1. Количественная оценка состояния речи пациентки Р. на момент госпитализации и при выписке

Примечания. I — понимание речи в диалоге; II — понимание слов, обозначающих предметы; III — понимание слов, обозначающих действия; IV — понимание фраз; V — понимание инструкций; VI — диалог; VII — называние предметов; VIII — называние действий; IX — составление фраз; X — составление рассказов

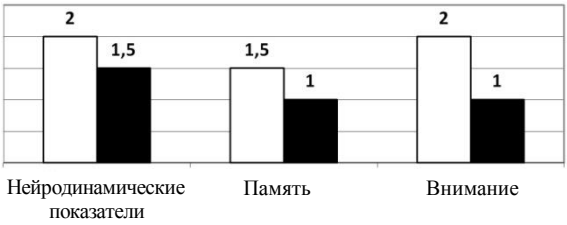

Рис. 2. Динамика оценок нейропсихологических синдромов поражения глубинных структур головного мозга

Примечания: □ — при поступлении; ■ — при выписке

Результаты и обсуждение

По окончании реабилитационных мероприятий мы вновь оценили состояние речевой и других высших когнитивных функций пациентки, а также уровень реабилитационного потенциала. Количественный анализ степени выраженности нарушенных функций с использованием балльной оценки их состояния для дальнейшего прослеживания динамики восстановительного обучения отражен на рис. 1. После прохождения курса восстановительного лечения у обследуемой 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.

По MoCa-тесту результат составил 25 баллов, что на 3 балла выше, чем было при поступлении. Данные по Госпитальной шкале тревоги и депрессии остались без изменений и соответствуют нормативным показателям: тревога — 1 балл, депрессия — 4 балла. При оценке ВПФ пациентки мы исходили из того, что симптомами поражения глубинных структур являются нейродинамические, модально-неспецифические нарушения памяти, а также эмоциональные нарушения. Но при поражении диэнцефальных структур можно наблюдать достоверное снижение внимания (рис. 2). Это определило выбор шкалы количественной оценки данных обследования взрослых [3, с. 150].

Оценка КФ к концу реабилитации показала, что в большей степени улучшение касалось внимания (концентрация, серийный счет, прямое и обратное повторение цифр) и памяти (увеличился объем слухоречевой и зрительной памяти). Изучение уровня качества жизни пациентки проводили на основании шкалы инструментальной и базисной повседневной активности (Law-

ton-Brody, 1969), устанавливающей степень независимости от посторонней помощи. Являясь интегративной характеристикой, качество жизни включает состояние умственного и психического здоровья, межличностные отношения, материальное благополучие, общественную деятельность и другую активность. На рис. 3 представлены данные, отражающие уровень качества жизни обследуемой.

Адекватная речевая реабилитация крайне важна для возвращения пациента к нормальной жизни в социуме, для восстановления его работоспособности. Эффективность восстановительных мероприятий во многом зависит от правильно подобранных методов логопедической коррекции [18]. Коррекционно-педагогическая работа осуществлялась дифференцированно, с применением в различных сочетаниях вышеуказанных методов педагогического воздействия и комбинированием их в зависимости от характера и степени выраженности расстройства. Психологическая коррекция осуществлялась параллельно с логопедической работой, при этом основной акцент был сделан на формировании особой реабилитационной мотивации пациентки [8].

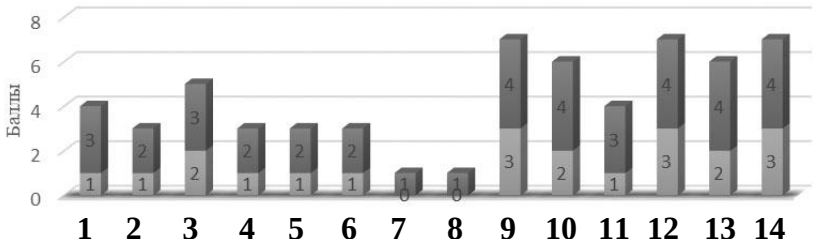

Рис. 3. Динамика уровня повседневной активности у пациентки (шкала Lawton-Brody, 1969)

Примечания: ■ — на момент госпитализации; ■ — после курса реабилитации. Параметры: 1 — пользование телефоном; 2 — покупки в магазине; 3 — приготовление пищи; 4 — работа по дому; 5 — стирка; 6 — поездки; 7 — прием лекарств; 8 — контроль финансов; 9 — пользование туалетом; 10 — прием пищи; 11 — одевание; 12 — уход за собой; 13 — передвижения; 14 — прием…

Заключение

В результате проведения **20** психолого-логопедических занятий у пациентки Р. 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 обследуемая стала произносить достаточно плавно. Интонационный рисунок высказывания стал выразительнее, улучшилось понимание развернутой монологической речи. Собственная фраза стала более информативной, усложнилась ее синтаксическая структура. Расширились возможности звукобуквенного анализа состава слова, а следовательно, и функции письма. Стал возможен самоконтроль и коррекция допущенных ошибок при написании простых слов и фраз.

Вместе с тем спонтанная речь оставалась недостаточно развернутой, сохранялись псевдозапинки. Количество запинок уменьшилось с 8 до 3 в единицу времени (60 с). В сложных по звуковой структуре словах выявлялись трудности произносительного характера, особенно при стечении согласных звуков. Были ограничены возможности монологической речи. При пересказе длинных текстов требовались внешние опоры. Письмо «от себя», особенно в коммуникативных целях, осложнялось трудностями конструирования развернутых речевых высказываний.

Проведенное нами восстановительное обучение данной пациентки с учетом многолетнего опыта работы позволило сделать определенные **выводы.**

Подкорковая афазия — это состояние, характеризующееся частичной или полной потерей способности к общению в устной форме, развивающееся в результате повреждения подкорковых областей мозга без потери кортикальной функции в областях Брока или Вернике. Подкорковая афазия может быть результатом поражения базальных ганглиев, трактов белого вещества или таламуса.

Восстановление речевой функции при подкорковом очаге характеризуется более быстрыми темпами. В процессе восстановительного обучения логопед решает конкретную задачу разработки и составления поэтапной персонифицированной программы преодоления речевого дефицита у обследуемой.

Введение комплексного подхода к реабилитации при подкорковой 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 пациентки Р. необходимо продолжение психолого-логопедических занятий на фоне курсов нейротрофической и нейропротекторной терапии. Нами доказано, что совместные усилия логопеда-афазиолога и нейропсихолога с применением приемов и методов коррекционно-педагогической работы позволяют добиться положительной динамики речевой реабилитации.

Стратегия речевой коррекции при подкорковой афазии обязательно должна включать предложенную авторами методику исследования с расширенным набором шкал. Учитывая недостаточное количество исследований с количественной/качественной оценкой речевого дефицита у лиц взрослого возраста с нарушениями мозгового кровообращения, целесообразно создание банка данных и продолжение динамического наблюдения пациентов с оценкой высших психических функций.

Литература

1. Бердникович, Е. С. Дифференцированный подход к восстановлению речи у больных с афазией в остром и раннем периодах инсульта : 13.00.03 : автореф. дис. … канд. пед. наук / Бердникович Е. С. — Москва, 2013. — 24 с. — Текст : непосредственный.
2. Буклина, С. Б. Особенности нарушений речи у больных с артериовенозными мальформациями хвостатого ядра и таламуса / С. Б. Буклина, Ю. М. Филатов. — Текст : непосредственный // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2005. — Т. 105. — № 11. — С. 4—8.
3. Глозман, Ж. М. Нейропсихологическое обследование: качественная и количественная оценка данных / Ж. М. Глозман. — Москва : Смысл, 2012. — 264 с. — Текст : непосредственный.
4. Гусаров, С. В. Использование современных технических средств коррекции как интегративной технологии в процессе функциональных речевых тренировок с заикающимися взрослыми / С. В. Гусаров, Е. Ю. Рау. — Текст : непосредственный // МНКО. — 2017. — № 2 (63).
5. Кучумова, Т. А. «Подкорковая» афазия» и основные направления коррекционно-педагогической реабилитации : 13.00.03 : автореф. дис. … канд. пед. наук / Кучумова Т. А. — Москва, 2000. — 16 с. — Текст : непосредственный.
6. Ларина, О. Д. Современный взгляд на применение оптико-тактильного метода при восстановлении речи больных с моторной афазией / О. Д. Ларина, Г. К. Гераськина. — Текст : непосредственный // Специальное образование. — 2019. — № 3 (55). — С. 80—91.
7. Лурия, А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А. Р. Лурия. — Санкт-Петербург : Питер, 2008. — 624 с. — Текст : непосредственный.
8. Магомед-Эминов, М. Ш. Проблемы и перспективы комплексной психолого-

педагогической реабилитации и ресоциализации пациентов после удаления опухолей головы и шеи / М. Ш. Магомед-Эминов, О. С. Орлова, Д. В. Уклонская, Ю. М. Хорошкова. — Текст : непосредственный // Специальное образование. — 2018. — № 2. — С. 50—62.

9. Суслина, З. А. Неврология и нейронауки — прогноз развития / З. А. Суслина, С. Н. Илларионшкин, М. А. Пирадов. — Текст : непосредственный // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. — 2007. — Т. 1. — № 1. — С. 5—9.

10. Цветкова, Л. С. Методика оценки речи при афазии / Л. С. Цветкова, Т. В. Ахутина, Н. М. Пылаева. — Москва : Изд-во МГУ, 1981. — 67 с. ; 34 (прил. : альбом). — Текст : непосредственный.

11. Чижова, В. М. Содержание реабилитационного потенциала постинсультных пациентов как основа ресоциализации / В. М. Чижова, О. И. Кардаш. — Текст : непосредственный // Социальные аспекты здоровья населения. — 2017.

12. Шмелёва, С. В. Медико-социальная реабилитация. — Москва : Изд-во РГСУ, 2013. — 208 с. — Текст : непосредственный.

13. Шмонин, А. А. Мультидисциплинарная технология поиска цели реабилитации у пациентов с церебральным инсультом на основе Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья / А. А. Шмонин, М. Н. Мальцева, Е. В. Мельникова. — Текст : непосредственный // Consilium Medicum. — 2019. — № 2.

14. Шоломов, И. И. Клинико-нейровизуализацонные сопоставления при афазиях, связанных с инсультом / И. И. Шоломов, Н. А. Орнатская, Ю. Б. Мещерякова, А. А. Носачев, Т. А. Жаренова, А. С. Крутцов. — Текст : непосредственный // Медицинский альманах. — 2011. — № 1 (14). — С. 96—98.

15. Шохор-Троцкая (Бурлакова), М. К. Стратегия и тактика восстановления речи: нейропсихологическое введение в логопедию / М. К. Шохор-Троцкая (Бурлакова). — Москва : ЭКСМО-Пресс : В. Секачев, 2001. — 432 с. — Текст : непосредственный.

16. Lawton, M. P. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living / M. P. Lawton, E. M. Brody. — Text : unmediated // Gerontologist. — 1969. — № 9 (3). — P. 179—186.

17. Nasreddine, Z. S. The Montreal cognitive assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment / Z. S. Nasreddine. — Text : unmediated // J. Am. Geriatr. Soc. — 2005. — Vol. 53, № 4. — P. 695—699.

18. Sekhon, J. Current Australian speech language pathology practice in addressing psychological well being in people with aphasia after stroke / J.Sekhon, J. Douglas, M. Rose. — Text : unmediated // International Journal of Speech Language Pathology. — 2015. — Nr 17 (3). — P. 252—262.

19. Zigmond, A. S. The Hospital Anxiety and Depression scale / A. S. Zigmond, R. P. Snaith. — Text : unmediated // Acta Psychiatr Scand. — 1983. — № 67. — P. 361—370.

References

1. Berdnikovich, E. S. Differentsirovannyy podkhod k vosstanovleniyu rechi u bol'nykh s afaziey v ostrom i rannem periodakh insul'ta : 13.00.03 : avtoref. dis. … kand. ped. nauk / Berdnikovich E. S. — Moskva, 2013. — 24 s. — Tekst : neposredstvennyy.

2. Buklina, S. B. Osobennosti narusheniy rechi u bol'nykh s arteriovenoznymi mal'formatsiyami khvostatogo yadra i talamusa / S. B. Buklina, Yu. M. Filatov. — Tekst : neposredstvennyy // Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. C. C. Korsakova. — 2005. — T. 105. — № 11. — S. 4—8.

3. Glozman, Zh. M. Neyropsikhologicheskoe obsledovanie: kachestvennaya i kolichestvennaya otsenka dannykh / Zh. M. Glozman. — Moskva : Smysl, 2012. — 264 s. — Tekst : neposredstvennyy.

4. Gusarov, S. V. Ispol'zovanie sovremennykh tekhnicheskikh sredstv korrektsii kak integrativnoy tekhnologii v protsesse funktsional'nykh rechevykh trenirovok s zaikayushchimisya vzroslymi / S. V. Gusarov, E. Yu. Rau. — Tekst : neposredstvennyy // MNKO. — 2017. — № 2 (63).

5. Kuchumova, T. A. «Podkorkovaya» afaziya» i osnovnye napravleniya korrekt-

sionno-pedagogicheskoy reabilitatsii : 13.00.03 : avtoref. dis. … kand. ped. nauk / Kuchumova T. A. — Moskva, 2000. — 16 s. — Tekst : neposredstvennyy.

6. Larina, O. D. Sovremennyy vzglyad na primenenie optiko-taktil'nogo metoda pri vosstanovlenii rechi bol'nykh s motornoy afaziey / O. D. Larina, G. K. Geras'kina. — Tekst : neposredstvennyy // Spetsial'noe obrazovanie. — 2019. — № 3 (55). — S. 80—91.

7. Luriya, A. R. Vysshie korkovye funktsii cheloveka i ikh narusheniya pri lokal'nykh porazheniyakh mozga / A. R. Luriya. — Sankt-Peterburg : Piter, 2008. — 624 s. — Tekst : neposredstvennyy.

8. Magomed-Eminov, M. Sh. Problemy i perspektivy kompleksnoy psikhologo-pedagogicheskoy reabilitatsii i resotsializatsii patsientov posle udaleniya opukholey golovy i shei / M. Sh. Magomed-Eminov, O. S. Orlova, D. V. Uklonskaya, Yu. M. Khoroshkova. — Tekst : neposredstvennyy // Spetsial'noe obrazovanie. — 2018. — № 2. — S. 50—62.

9. Suslina, Z. A. Nevrologiya i neyronauki — prognoz razvitiya / Z. A. Suslina, S. N. Illarioshkin, M. A. Piradov. — Tekst : neposredstvennyy // Annaly klinicheskoy i eksperimental'noy nevrologii. — 2007. — T. 1. — № 1. — S. 5—9.

10. Tsvetkova, L. S. Metodika otsenki rechi pri afazii / L. S. Tsvetkova, T. V. Akhutina, N. M. Pylaeva. — Moskva : Izd-vo MGU, 1981. — 67 s. ; 34 (pril. : al'bom). — Tekst : neposredstvennyy.

11. Chizhova, V. M. Soderzhanie reabilitatsionnogo potentsiala postinsul'tnykh patsientov kak osnova resotsializatsii / V. M. Chizhova, O. I. Kardash. — Tekst : neposredstvennyy // Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya. — 2017.

12. Shmeleva, S. V. Mediko-sotsial'naya reabilitatsiya. — Moskva : Izd-vo RGSU, 2013. — 208 s. — Tekst : neposredstvennyy.

13. Shmonin, A. A. Mul'tidistsiplinarnaya tekhnologiya poiska tseli reabilitatsii u patsientov s tserebral'nym insul'tom na osnove Mezhdunarodnoy klassifikatsii funktsionirovaniya, ogranicheniya zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya / A. A. Shmonin, M. N. Mal'tseva, E. V. Mel'nikova. — Tekst : neposredstvennyy // Consilium Medicum. — 2019. — № 2.

14. Sholomov, I. I. Kliniko-neyrovizualizatsonnye sopostavleniya pri afaziyakh, svyazannykh s insul'tom / I. I. Sholomov, N. A. Ornatskaya, Yu. B. Meshcheryakova, A. A. Nosachev, T. A. Zharenova, A. S. Kruttsov. — Tekst : neposredstvennyy // Meditsinskiy al'manakh. — 2011. — № 1 (14). — S. 96—98.

15. Shokhor-Trotskaya (Burlakova), M. K. Strategiya i taktika vosstanovleniya rechi: neyropsikhologicheskoe vvedenie v logopediyu / M. K. Shokhor-Trotskaya (Burlakova). — Moskva : EKSMO-Press : V. Sekachev, 2001. — 432 s. — Tekst : neposredstvennyy.

16. Lawton, M. P. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living / M. P. Lawton, E. M. Brody. — Text : unmediated // Gerontologist. — 1969. — № 9 (3). — P. 179—186.

17. Nasreddine, Z. S. The Montreal cognitive assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment / Z. S. Nasreddine. — Text : unmediated // J. Am. Geriatr. Soc. — 2005. — Vol. 53, № 4. — P. 695—699.

18. Sekhon, J. Current Australian speech language pathology practice in addressing psychological well being in people with aphasia after stroke / J.Sekhon, J. Douglas, M. Rose. — Text : unmediated // International Journal of Speech Language Pathology. — 2015. — Nr 17 (3). — P. 252—262.

19. Zigmond, A. S. The Hospital Anxiety and Depression scale / A. S. Zigmond, R. P. Snaith. — Text : unmediated // Acta Psychiatr Scand. — 1983. — № 67. — P. 361—370.