

УДК 376

ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕЧИ У БОЛЬНЫХ С СЕНСОМОТОРНОЙ АФАЗИЕЙ В ОСТРОМ И РАННЕМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА С ПРИМЕНЕНИЕМ СЕНСОРНОЙ СТИМУЛЯЦИИ

© Бердникович Е.С.¹, Орлова О.С.², Шахпаронова Н.В.³, 2013

- 1 — логопед 3-го неврологического отделения ФГБУ «Научный центр неврологии» Российской академии медицинских наук (директор — заслуженный деятель науки РФ, д-р мед. наук, проф., акад. РАМН З. А. Суслина), аспирант ФГБОУ ВПО «Московский государственный гуманитарный университет имени М. А. Шолохова» (ректор — д-р полит. наук, проф. В. Д. Нечаев);
2 — д-р пед. наук, проф., зав. кафедрой логопедии ФГБОУ ВПО «Московский государственный гуманитарный университет имени М. А. Шолохова», гл. науч. сотр. ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России» (директор — д-р мед. наук, проф. Н. А. Дайхес);
3 — д-р мед. наук, ведущий науч. сотр. 3-го неврологического отделения ФГБУ «Научный центр неврологии» Российской академии медицинских наук.

В статье представлена методика восстановления речи у больных в остром и раннем периодах инсульта с учётом ведущей сенсорной модальности и применения оригинальных приёмов коррекционно-педагогического обучения. Разработанная методика включает в себя следующие компоненты: цель, задачи, приёмы логопедической работы на каждом этапе исследования и критерии оценки эффективности. Результаты коррекционно-логопедического воздействия, проведённого на базе ФГБУ «НЦН» РАМН, подтверждают эффективность исследования.

Ключевые слова: сенсомоторная афазия, тотальная афазия, сенсорная стимуляция, ведущая сенсорная модальность, реабилитация больных с афазией, логопедический массаж.

Библиография: 31 источник.

SPEECH RECOVERY FOR PATIENTS WITH SENSOMOTORIC APHASIA AT ACUTE AND EARLY PERIOD OF STROKE BY USING SENSOR STIMULATION

© Berdnikovich E.S.¹, Orlova O.S.², Shakhparonova N.V.³, 2013

- 1 — logopedist at 3-rd neurological department of the Federal State Budget Establishment «Scientific center of neurology» of the Russian Academy of medical sciences (director — Honored Science Worker of the RF, Dr. of med. sc., prof, academician of the Russian Academy of Medical Sciences (RAMS) Z. A. Suslina), postgraduate student Federal State Budget Educational Establishment of Higher Professional Education «Moscow state humanitarian university named after M. A. Sholokhov» (rector — Dr. of politech. sciences, prof. V. D. Nechaev);
2 — Dr. of pedag. sciences, prof., deputy head of sub department of logopedics of the Federal State Budget Educational Establishment of Higher Professional Education «Moscow state humanitarian university named after M. A. Sholokhov», chief scientific officer of the Federal State Budget Establishment «Scientific-clinic center of otorhinolaryngology of the ФМБА of the Russia» (director — M.D., prof. N. A. Daikhes);
3 — Doctor of medical sciences, leading scientific officer at 3-rd neurological department of the Federal State Budget University «Scientific center of neurology» of the Russian Academy of medical sciences.

The article represents the speech recovery methodic for patients at acute and early period of heart stroke by taking into account the leading sensor modality and the usage of original methods of corrective-pedagogical training. The methodic developed includes itself the following components: aim, tasks, methods of logopedic work at each stage of survey and efficiency evaluation criteria. Results of corrective — logopedic effect made at the base of the Federal State Budget Establishment «Scientific Center of Neurology» of the Russian Academy of Medical Sciences (RAMS) confirm the survey efficiency.

Key words: sensomotoric aphasia, total aphasia, sensor stimulation, leading sensor modality, rehabilitation of aphasia patients, logopedic massage.

Bibliography: 31 sources.

Последствия перенесённого инсульта наиболее ярко выступают в острой стадии заболевания. Экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) разработана концепция нейрореабилитации больных с афазией. Названная концепция включает в себя систему мероприятий, направленных на быстрое и максимально полное восстановление физического, социального, психологического, а также речевого статусов больного. Исследования отечественных и зарубежных учёных свидетельствуют о том, что афазия значительно осложняет процесс реабилитации больных и наблюдается у 28–40% пациентов, перенесших инсульт (А. С. Кадыков, 2003; Е. В. Шмидт и др., 1979; Bersano A. et al., 2009; Berthier M. L., 2005; Tsouli S. et al., 2009) [9; 24–26; 30].

В соответствии с этим проведение коррекционных мероприятий по восстановлению речи представляет важнейший этап в реабилитации больного и возвращения его к активной жизни. Афазия в остром и раннем восстановительном периодах инсульта нередко представлена грубой степенью выраженности речевого дефекта, поэтому так необходимы исследования, поиск и внедрение новых логопедических методик, направленных на преодоление речевого нарушения и способствующих восстановлению коммуникативной функции речи пациентов. От точного и целенаправленного применения логопедических приёмов в острой стадии заболевания будет зависеть конечный реабилитационный эффект.

На современном этапе отмечается большой интерес к изучению проблемы афазии отечественными и зарубежными исследователями с позиции полимодального восприятия. Следует отметить немногочисленные научные работы, направленные на поиск и разработку оптимальных методов преодоления постинсультной афазии. Зарубежные исследователи обращают внимание на значимость применения различных видов сенсорной стимуляции при организации восстановительного обучения больных с афазией, обусловленной сосудистой патологией. Работа Goodglass H., Barton M. I., Kaplan E. F. (1968) [27] демонстрирует эффективность использования сенсорной модальности при восстановлении номинативной функции у пациентов с афазией. Tallal P., Piercy M. (1973) [29] рассматривают проблему нарушения скорости невербальных процессов при афазии как функцию сенсорной перцепции. Varney N. R. (1978) [31] в своем исследовании обращает внимание на эффективность применения пантомимических методов в восстановительном обучении пациентов с сосудистой патологией.

Следует признать, что в логопедической литературе крайне мало работ, посвящённых изучению коррекционно-педагогического воздействия на больных с афазией в острой стадии инсульта (В. В. Оппель; Р. А. Ткачёв, Schuell) [14; 19; 28]. Практически не освещены исследования, направленные на восстановление речи пациентов с применением сенсорной стимуляции. В большинстве работ описан резидуальный этап восстановления больных (Э. С. Бейн, В. М. Коган; А. Р. Лурия, Е. Д. Маркова, Л. Г. Столярова, И. М. Тонконогий, Л. С. Цветкова) [4; 10–12; 18; 20; 21]. Первым экспериментальным исследованием по данной тематике является работа О. П. Пурцхванидзе (2011) [16], которая доказывает необходимость применения полимодальной сенсорной (прежде всего аудиовизуальной) стимуляции, направленной на выработку необходимых ассоциативных связей между отдельными звеньями рас-

павшихся навыков, что способствует оптимальной эффективности реабилитации в целом. Автор подчёркивает приоритетность и результативность методов аудиовизуальной стимуляции, ориентированной на реконструкцию слова как интегративного полимодального единства, в остром постинсультном периоде.

Следовательно, недостаточность исследования по проблеме восстановления речи у больных с сенсомоторной афазией в остром и раннем периодах инсульта с применением сенсорной стимуляции, а также отсутствие методической литературы по данной проблеме требуют углубленного изучения. Существует потребность в разработке дифференцированного логопедического воздействия с обоснованием принципов, направлений и приёмов коррекционно-восстановительной работы.

Целью данного исследования является совершенствование методов логопедического воздействия и повышение эффективности реабилитации больных с сосудистой патологией за счёт дифференцированного подхода и персонифицированных приёмов сенсорной стимуляции с опорой на ведущую модальность.

Предмет исследования — содержание, организация и процесс восстановительного обучения больных с афазией в остром и раннем периодах инсульта с применением методов сенсорной стимуляции.

Объект исследования — особенности нарушения речевой функции в остром и раннем восстановительном периодах инсульта у больных с левополушарными очаговыми поражениями мозга.

В соответствии с проблемой объектом и целью исследования была сформулирована **гипотеза**: применение сенсорной стимуляции в остром и раннем периодах инсульта будет способствовать повышению эффективности и сокращению сроков реабилитации пациентов при условии разработки целенаправленного логопедического воздействия на вторичные и третичные поля с опорой на сохранные каналы восприятия.

В соответствии с проблемой целью, объектом, предметом и выдвинутой гипотезой исследования были поставлены следующие **задачи исследования**:

- выявить особенности организации речи в норме и её функциональной перестройки у больных с афазией в остром и раннем периодах инсульта;
- оценить роль локализации и размеров очага поражения головного мозга в развитии и темпе восстановления афазии;
- охарактеризовать сензитивные периоды применения сенсорной стимуляции у пациентов в острой и ранней стадиях заболевания;
- предложить комплекс массажных приёмов мышц лица и ротовой полости, определить последовательность их применения и ориентировочную дозировку;
- разработать и экспериментально апробировать комплексную методику коррекционного восстановительного обучения больных с афазией в остром и раннем периодах инсульта с учётом сохранного канала восприятия.

Методологической основой настоящего исследования являются научно-теоретические нейрофизиологические и нейропсихологические положения, содержащиеся в фундаментальных исследованиях Э. С. Бейн, А. Р. Лурия и других учёных [4;

11]; исследования в области неврологической реабилитации больных, перенесших инсульт или черепно-мозговую травму (Л. О. Бадалян; Т. А. Доброхотова и др. [3; 7]), коррекции речевых нарушений с помощью логопедического массажа (Е. Ф. Архипова, Е. В. Новикова [1; 13]), коррекционно-восстановительного обучения лиц с афазией (Т. В. Ахутина, Т. Г. Визель, В. В. Оппель, В. М. Шкловский [2; 5; 14; 23]), идеи учёта сенсорной модальности обучающихся в образовательном процессе и нейролингвистического программирования (М. Гриндер; О. С. Орлова и др. [6; 15]).

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программного пакета Statistika 8,0; StatSoft Inc. For Windows. Применялись методы параметрической (нормальное распределение признака) и непараметрической статистики (попарное сравнение зависимых выборок производилось по критерию Вилкоксона, анализ связи двух признаков — по коэффициенту корреляции Спирмена).

Организация и этапы исследования. Исследование выполнено на базе ФГБУ «НЦН» РАМН, где в течение трёх лет (с 2010 по 2013 г.) проводилась коррекционно-восстановительная работа с больными, перенесшими острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне левой средней мозговой артерии. Исследование включало в себя несколько этапов.

На первом, поисковом, этапе (2010–2011) изучалось состояние проблемы восстановления афазии в остром периоде инсульта; определялись цели, задачи, методы исследования; выдвигалась рабочая гипотеза и разрабатывалась программа организации эксперимента.

На втором, опытно-экспериментальном, этапе (2011–2012) проводились экспериментальное изучение лиц с постинсультной афазией, разработка и апробация логопедической методики восстановления речи больных в остром и раннем периодах инсульта с применением сенсорной стимуляции. Проверка эффективности использования авторской методики проходила в процессе сравнения с контрольной группой больных, обучающихся по традиционной методике.

На третьем этапе (2012–2013) систематизировались результаты проведённого эксперимента, формулировались выводы и практические рекомендации.

В исследовании принимали участие 108 пациентов с тотальной и сенсомоторной афазией (СМА) в остром (от 0 до 21 дня) и раннем (от 22 дней до шести месяцев) восстановительных периодах инсульта. Все больные были правшами и перенесли ишемический либо геморрагический инсульт в левом полушарии головного мозга (по данным МРТ / КТ исследований). Среди них были 71 мужчина и 37 женщин, средний возраст больных с афазией составлял 62,3 года. Согласно критериям ВОЗ, возрастные группы больных были представлены следующим образом:

- 13 человек — до 45 лет (молодой возраст);
- 29 человек — 45–59 лет (средний возраст);
- 53 человека — 60–75 лет (пожилой возраст);
- 13 человек — 76–90 лет (старший возраст).

Распределение больных с афазией по характеру поражения: ишемический инсульт наблюдался в 91% случаев, геморрагический — в 9%. Экспериментальную группу составили 108 пациентов в остром периоде заболевания, у которых отмечали

различные поражения зон Брока и Вернике с различной локализацией и размерами очага поражения.

В зависимости от локализации очага поражения все больные были распределены на три группы:

- **корковый очаг** — 24 человека (зона поражения распространялась на кору и прилежащее белое вещество лобно-теменно-височной области);
- **корково-подкорковый очаг** — 73 пациента (зона поражения охватывала лобно-теменно-височную область с распространением на островок, наружную капсулу, лентиккулярное ядро, внутреннюю капсулу, головку хвостатого ядра);
- **подкорковый очаг** — 11 человек (глубокие отделы белого вещества теменной, лобной областей с распространением на лентиккулярное ядро, внутреннюю капсулу, головку хвостатого ядра, наружную капсулу, островок, лучистый венец, таламус либо левое полушарие мозжечка).

В зависимости от объёма поражения левого полушария головного мозга выделены три группы;

- 1-я группа — с малым очагом поражения;
- 2-я группа — со средним очагом поражения;
- 3-я группа — с большим очагом поражения.

На рис. 1 представлены МРТ головного мозга пациентов с корково-подкорковым и корковым очагами в остром периоде инсульта.



Рис. 1. МРТ головного мозга больных экспериментальной группы с различной локализацией и очагом поражения

Все пациенты в остром периоде инсульта (от 0 до 21 дня) проходили курс лечения в блоке интенсивной терапии (БИТ) 2-го неврологического отделения, в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) ФГБУ «НЦН» РАМН. С каждым больным экспериментальной группы было проведено в среднем 15 логопедических занятий. В раннем восстановительном периоде инсульта (от 22 дней до трёх меся-

цев) все больные находились в неврологических отделениях, ежедневно получали медикаментозную терапию и занимались с логопедом-афазиологом и нейропсихологом. Курс восстановительного обучения составлял от 15 до 30 занятий.

Проведение нейропсихологического и психолого-педагогического обследования пациентов было обусловлено необходимостью уточнения локализации очага поражения, определения прогностических возможностей речевой реабилитации обучающихся и применения наиболее эффективных коррекционно-педагогических приёмов восстановления нарушенной речевой функции в остром и раннем периодах инсульта.

В связи с этим основным методом диагностики больных на момент госпитализации являлось использование нейропсихологической системы А. Р. Лурия в модификации Т. Г. Визель (2002, 2005) [5]. С учётом специфики обследования при тотальной и грубой сенсомоторной афазии в инициальной стадии заболевания данная методика была реализована не в полном объёме. Применяли диагностические пробы на исследование движений и действий, зрительного и сомато-сенсорного гнозиса (стереогноз), а также использовались оригинальные фрагменты методики по исследованию экспрессивной стороны речи (порядковый счёт, аффективно окрашенные автоматизмы, изучение произвольной и непроизвольной речи, повторение звуков, слогов и фраз).

Необходимый для обследования иллюстративный материал был взят из альбома: Шкловский В. М., Визель Т. Г., Насоновская Г. М. Нейропсихологическая диагностика. М., 1992 [23].

Динамика состояния речевых функций больных оценивалась с помощью нейропсихологической методики А. Р. Лурия в модификации Л. С. Цветковой (1981) [22], которая позволяет наглядно представить картину речевого дефекта и оценить степень выраженности нарушения разных сторон речи при афазии. Восстановление речевой функции оценивалось в зависимости от суммы баллов, получаемых обследуемым при выполнении заданий по названной методике, в которую были включены по пять проб на изучение импрессивной и экспрессивной сторон речи. Обследование проводилось при госпитализации больного, к началу раннего восстановительного периода инсульта и при выписке. Таким образом, каждый пациент экспериментальной группы был обследован не менее трёх раз.

Критериями включения больных в исследование были следующие:

- наличие речевых расстройств в виде тотальной или сенсомоторной афазии в остром периоде инсульта;
- ишемический или геморрагический характер инсульта, подтверждённый данными МРТ / КТ;
- единичный очаг инфаркта с локализацией в левом полушарии головного мозга в бассейне левой средней мозговой артерии;
- отсутствие левшества или амбидекстрии, регистрируемых при сборе анамнеза.

Распределение больных в инициальной стадии заболевания было представлено следующим образом: в остром периоде инсульта тотальная афазия отмечалась у 31 больного (29%), сенсомоторная афазия — у 77 больных (71%), причём грубая сте-

пень выраженности речевого дефекта наблюдалась у 44 пациентов (41%), умеренная степень — у 33 (30%). В табл. 1 показано распределение больных по формам афазии в остром периоде инсульта.

Таблица 1

Формы речевых нарушений в остром периоде инсульта

Тотальная афазия	Сенсомоторная афазия	
	грубая степень	умеренная степень
31 (29%)	44 (41%)	33 (30%)

Таким образом, на фоне проведения медикаментозного лечения и восстановительного обучения к началу раннего восстановительного периода инсульта трансформация речевого синдрома была представлена следующими формами афазии:

- сенсомоторная афазия — 53 человека (49%);
- моторная афазия — 40 человек (36%);
- акустико-мнестическая афазия — 7 человек (7%);
- сенсорная афазия — 4 человека (4%);
- подкорковая афазия — 3 человека (3%);
- амнестическая афазия — 1 человек (1%).

Группу контроля составили 30 больных, направленных в научно-консультативное отделение ФГБУ «НЦН» РАМН для лечения амбулаторно. Пациенты перенесли ишемический либо геморрагический инсульт, с давностью от двух до трёх месяцев с момента заболевания. Условиями включения больных в группу контроля являлось отсутствие у них левшества или амбидекстрии, при этом пациенты не получали специализированной логопедической помощи в остром периоде инсульта.

В процессе исследования было замечено, что лица, перенесшие острое нарушение мозгового кровообращения, имели выраженные нарушения речи вплоть до полного её отсутствия. В клинике сосудистых заболеваний головного мозга картина речевых нарушений при поражении лобно-височных отделов отмечается довольно часто. В остром периоде инсульта эта афазия носит название тотальной и проявляется наличием грубой моторной афазии, осложненной значительным нарушением понимания обращённой речи. Поражение устья левой средней мозговой артерии является чрезвычайно важной зоной «перекрытия» заднелобной и передневисочной долей мозга. Наличие очага поражения в бассейне левой средней мозговой артерии приводит к возникновению сенсомоторной афазии.

При рассмотрении проблемы восстановления речи больных с афазией с позиции активизации сохранного анализатора нами был предложен следующий дизайн исследования нарушенных функций.

Обследование состояло из шести основных блоков:

I блок — нейропсихологическое исследование и наблюдение больных в остром периоде инсульта;

II блок — обследование артикуляционного аппарата;

III блок — исследование импрессивной стороны речи;

IV блок — исследование экспрессивной стороны речи;

V блок — диагностика ведущего канала сенсорной модальности;

VI блок — распределение пациентов по формам афазии и группам в зависимости от локализации и размеров очага поражения с учётом доминирующей сенсорной модальности.

С целью качественного и количественного учёта состояния лицевого и артикуляционного праксиса была разработана и внедрена в практику работы неврологических отделений речевая карта обследования больного с афазией в остром и раннем периодах инсульта для оценки динамики восстановления нарушенных функций.

С целью преодоления артикуляционной апраксии у больных с сосудистой патологией применялся логопедический массаж как метод механического дозированного воздействия на область мимической мускулатуры и артикуляционного аппарата. В нашем исследовании массаж проводился в первые дни после инсульта при условии готовности пациента к общению со специалистом после выхода из состояния загруженности. С учётом инициальной стадии заболевания большое внимание уделялось стимуляции у больных мотивации к речевому общению. Анализ обследования мышц лица и языка обследуемых позволил сделать вывод о характере нарушений их мимической и артикуляционной мускулатуры. Прежде всего наблюдались следующие нарушения:

- асимметрия в виде сглаженности носогубной складки;
- опущение угла рта;
- наличие слюнотечения;
- девиация языка в полости рта и при его выведении;
- ограничение объёма движений языка влево-вправо, вверх-вниз;
- неспособность надуть щёки одновременно, попеременно;
- ограничение движений лицевой мускулатуры (приподнять брови, нахмуриться).

Основными задачами проведения логопедического массажа являлись:

- нормализация мышечного тонуса мимической и артикуляционной мускулатуры;
- стимуляция проприоцептивных ощущений;
- формирование произвольных и координированных движений органов артикуляции;
- преодоление орально-артикуляционной апраксии у больных с тотальной и сенсомоторной афазией.

На этапе обучающего эксперимента логопедический массаж проводился в два этапа при пассивном участии больных.

I. Ручной массаж лица и языка (применялся в первые десять дней после инсульта).

II. Зондовый массаж (осуществлялся специальными массажными зондами по методике Е. В. Новиковой [13] и проводился в течение следующих 10–15 занятий).

Все обследуемые в **остром периоде** инсульта были разделены на две группы:

- больные с тотальной афазией;
- больные с сенсомоторной афазией разной степени выраженности.

В данном исследовании особый интерес представляла группа больных с **тотальной афазией** в остром периоде инсульта. Эта категория пациентов имела свои особенности:

- размытость общей структуры дефекта;
- отсутствие импрессивной и экспрессивной речи;
- выраженные нарушения орального праксиса;
- наличие ненамеренной фонации при кашле, стоне;
- отсутствие намеренного продуцирования звуков;
- снижение эмоционального фона;
- наличие двигательного дефицита (в виде пареза либо пlegии).

Результаты обследования больных с **сенсомоторной афазией** позволили выявить следующие речевые симптомы:

- грубое нарушение понимания обращённой речи;
- первичное нарушение фонематического слуха;
- наличие речевого «эмбола»;
- нарушения орального и артикуляционного праксиса;
- отсутствие речевых автоматизмов (у больных с грубой степенью выраженности);
- отсутствие спонтанной устной речи.

В целом результаты исследования импрессивной и экспрессивной сторон речи больных определили выбор наиболее адекватных логопедических методик. Было отмечено, что пациенты с афазией в первые дни после инсульта испытывали значительные трудности при общении с медицинским персоналом, со своими близкими и очень болезненно реагировали на происходящее. Но при этом в большинстве случаев оставались сохранными зрение, ощущения и слух. Эффективность функционирования этих каналов у каждого больного была индивидуальной и определяла тип восприятия окружающей действительности. При использовании доминирующего канала восприятия удалось таким образом выстроить коррекционную работу, чтобы максимально успешно и в более сжатые временные сроки восстановить нарушенные функции пациентов.

Следует отметить, что выявление у больных ведущего канала восприятия в остром периоде инсульта не представляется возможным по причине тяжести состояния пациентов. Но по мере восстановления нарушенных функций на фоне проведения медикаментозного лечения и раннего коррекционно-педагогического вмешательства становится доступным распознавание у постинсультных больных ведущего канала восприятия и переработки информации. Для определения доминирующего

нирующего типа восприятия была разработана карта обследования, в которой учитывались следующие параметры:

- речь (её наличие или отсутствие);
- движения и поза больного;
- характерологические особенности;
- состояние эмоциональной сферы.

Исходя из этого, все обследуемые были условно разделены на три основные группы:

- визуалы — больные, воспринимающие большую часть информации с помощью зрения;
- аудиалы — получающие информацию через слуховой канал;
- кинестетики — люди, принимающие информацию через тактильные ощущения.

На основании выделенных нами типов восприятия больных с каждым обследуемым проводилась индивидуальная работа с опорой на ведущий сенсорный канал. Визуалу подбирали яркий картинный материал либо геометрические фигуры; использовали слова, характеризующие цвет, форму предметов; предъявляли рисунки, схемы и пиктограммы. В работе с аудиалом применяли звуковые стимулы (интонация, громкость, голос), подбирали стихотворный материал, рекомендовали прослушивание музыкальных композиций. Проведение коррекционных занятий с кинестетиком было строго дозированным, материал подавался в более замедленном темпе, по сравнению с визуалами и аудиалами. Занятия разбивали на 2–3 этапа, предусматривались частые перерывы в процессе восстановительного обучения с целью переключения обучающихся с одного вида деятельности на другой.

Наше исследование было направлено на постепенное усложнение обучающих задач с учётом психофизиологического состояния пациентов. В табл. 2 представлено распределение больных по формам афазии в раннем восстановительном периоде инсульта.

Таблица 2

Распределение больных с афазией в зависимости от типа восприятия в раннем периоде инсульта

№ п/п	Форма афазии	Количество больных	Типы восприятия		
			визуалы	аудиалы	кинестетики
1	Сенсомоторная афазия	53 (49%)	33	12	8
2	Моторная афазия	40 (36%)	28	5	7
3	Подкорковая афазия	3 (3%)	1	1	1
4	Сенсорная афазия	4 (4%)	2	2	–
5	Амнестическая афазия	1 (1%)	–	1	–
6	Акустико-мнестическая афазия	7 (7%)	3	2	2

Таким образом, проведение дифференцированных методов сенсорной стимуляции с учётом ведущей модальности восприятия было актуальным для всех больных независимо от имеющейся формы афазии. Метод тактильной стимуляции был направлен прежде всего на преодоление выраженной орально-артикуляционной апраксии и проводился сначала в пассивной, а затем в пассивно-активной форме. Начальным звеном в механизме этих реакций являлось раздражение рецепторов поверхности кожи. В целом формирующиеся ответные реакции способствовали нормализации регулирующей и координирующей функции центральной нервной системы. У больных была отмечена нормализация мышечного тонуса мимической и артикуляционной мускулатуры, снижение патологических проявлений мышц речевого аппарата, увеличение объёма и амплитуды артикуляционных движений, формирование произвольных, координированных движений органов артикуляции и нормализация эмоционального состояния.

Метод зрительной стимуляции включал в себя методические разработки Г. М. Зеgebарт, О. С. Ильичёвой «Волшебные обводилки» (2010) [8], а также коррекционно-развивающую программу «Гимнастика для мозга». Ранее этот комплекс применялся для работы с детьми, однако наше исследование показало эффективность использования данных методов у левополушарных больных с правосторонней гемианопсией, игнорированием правого поля зрения и наличием правосторонней плегии. Работа с крупными листами формата А3, предварительно заламинированными, позволила проводить восстановительное обучение на качественно ином уровне. Данные занятия определённо вызвали интерес у взрослых пациентов, повышали мотивацию и эмоциональный фон. Одной из задач реабилитации являлось обучение пациентов использовать левую здоровую руку для преодоления зрительных агнозий и активизации сохранных анализаторов за счёт включения вторично-третичных полей теменно-затылочной коры.

В результате проведённого исследования было отмечено, что группа больных с тотальной афазией неоднородна по своим характеристикам. Наибольшую трудность вызывает выполнение произвольных движений артикуляционного аппарата. Нарушения речи сочетались с рядом апраксических расстройств, то есть нарушением:

- орального праксиса;
- движений пальцев рук (или сохранной руки).

При осмотре лица больного особое внимание уделяли следующим характеристикам:

- сглаженности носо-губной складки;
- опущению угла рта;
- наличию приоткрытого рта;
- гиперсаливации;
- наличию назогастрального зонда.

При осуществлении дифференцированного подхода восстановления речи у больных с афазией с опорой на ведущую модальность восприятия у всех обследуемых отмечалась положительная динамика нарушенных речевой и неречевых ВПФ.

Анализируя восстановление речи у больных разных возрастных групп, можно отметить лучшее восстановление речи у лиц молодого и среднего возраста. Наше исследование показало, что сенсомоторная афазия в раннем периоде инсульта представляет наиболее многочисленную группу больных, среди которых преобладают визуалы и аудиалы. В коррекционно-восстановительной работе необходимо учитывать форму афазии и ведущий канал восприятия пациентов. Лучшее восстановление нарушенной речевой функции отмечается у визуалов и кинестетиков.

Выбор наиболее эффективных методов восстановления речи в остром периоде инсульта способствует успешной реабилитации больного, расширяет возможности коррекционно-педагогического воздействия.

Проведенное экспериментальное исследование позволяет сделать следующие **выводы.**

- Афазия в острой стадии инсульта нередко представлена тотальной либо грубой степенью сенсомоторной афазии. Наиболее выраженными в инициальной стадии заболевания являются расстройства понимания обращённой речи, нарушения коммуникативной функции, а также наличие орально-артикуляционной апраксии.
- Тяжесть и форма речевых нарушений определяется размером и локализацией очага поражения головного мозга, что влияет на темпы и сроки восстановления речи у взрослых пациентов. Тотальная афазия в остром периоде инсульта наблюдалась у больных со средним и большим корковым и корково-подкорковым очагами поражения. У пациентов с сенсомоторной афазией при корковой и подкорковой локализации отсутствовали большие по размеру очаги поражения. Основную по численности и тяжести речевых нарушений группу составляли больные с корково-подкорковым очагом поражения, процесс восстановления которых значительно тяжелее по сравнению с больными, имеющими равнозначный очаг поражения в коре головного мозга с подлежащим белым веществом.
- Результаты исследования позволяют определить сензитивные периоды применения разработанной методики на разных этапах восстановления речи у больных с сосудистой патологией. В остром периоде инсульта необходима дополнительная сенсорная стимуляция в виде артикуляционного массажа при активации сохранных анализаторов и максимального вовлечения их в коррекционно-педагогический процесс по восстановлению нарушенных функций. Сочетание разных видов сенсорной стимуляции с учётом доминирующей репрезентативной системы больных с сосудистой патологией свидетельствует об эффективности раннего начала и непрерывности логопедических занятий в остром и раннем восстановительных периодах инсульта.
- Нами разработана персонифицированная методика восстановления речи, представляющая собой совокупность массажа мышц лица и языка ручным и зондовым способами при пассивном участии пациента в остром периоде инсульта и применением методов сенсорной стимуляции с опорой на ведущий анализатор. Проведение тактильной стимуляции рекомендуется начинать со второго-третьего дня с момента госпитализации пациента (при условии его выхода из состоя-

ния загруженности) курсом не менее 15–20 занятий по 10–15 минут в остром периоде инсульта. Целесообразно проведение восстановительного курса от 15 до 30 логопедических занятий в условиях стационара (данные рекомендации должны учитывать состояние больного, форму афазии и стадию реабилитационного процесса).

- В рамках данного исследования разработана и экспериментально апробирована оригинальная методика восстановления речи больных с афазией с применением сенсорной стимуляции в остром и раннем периодах инсульта с учётом ведущего канала восприятия, позволяющая на качественно ином уровне проводить коррекционно-восстановительную работу с больными.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Архипова Е. Ф.* Логопедический массаж при дизартрии. М.: АСТ: Астрель, 2008.
2. *Ахутина Т. В.* Нейролингвистический анализ динамической афазии. М.: МГУ, 1975.
3. *Бадалян Л. О.* Детская неврология. М.: Медпресс, 1989.
4. *Бейн Э. С.* Афазия и пути её преодоления. Л.: Медицина, 1964.
5. *Визель Т. Г.* Нейропсихологическое блиц-обследование. М.: В. Секачёв, 2005.
6. *Гриндер М.* НЛП в педагогике: исправление школьного конвейера / пер. с англ. Л. Ллойд. М.: Ин-т общегуманит. исслед., 2001. 307 с.
7. *Доброхотова Т. А.* Эмоциональная патология при очаговом поражении головного мозга. М., 1974. С. 215–223.
8. *Зеgebарт Г. М., Ильичёва О. С.* Волшебные обводилки. М.: Генезис, 2013.
9. *Кадыков А. С.* Реабилитация после инсульта. М.: Миклош, 2003.
10. *Коган В. М.* Восстановление речи при афазии. М., 1962.
11. *Лурия А. Р.* Травматическая афазия. М., 1947.
12. *Маркова Е. Д.* Особенности нарушения нейродинамики при амнестической афазии // Высшая нервная деятельность. 1957. № 8.
13. *Новикова Е. В.* Зондовый массаж: коррекция звукопроизношения. Ч. 1. М.: ГНОМ и Д, 2009.
14. *Оппель В. В.* Восстановление речи после инсульта. Л., 1972.
15. *Орлова О. С.* Нарушение голоса. М.: АСТ: Астрель, 2008.
16. *Пурицхванидзе О. П.* Реабилитация больных с афазией в ранней постинсультной стадии с использованием аудиовизуальной стимуляции: автореф. дис. ... канд. пед. наук. М., 2011.
17. *Сотникова И. Д.* Обучение детей с учётом индивидуальных особенностей восприятия информации // Начальная школа плюс до и после. 2009. № 3. С. 81–83.
18. *Столярова Л. Г.* Афазия при мозговом инсульте. М., 1973.
19. *Ткачёв Р. А.* Вопросы клиники и патофизиологии афазии. М., 1961.

20. Тонконогий И. М., Пуанте А. Клиническая нейропсихология. СПб., 2007. С. 528.
21. Цветкова Л. С. Восстановительное обучение больных с локальным поражением мозга. М., 1972.
22. Цветкова Л. С., Ахутина Т. В., Пылаева Н. М. Методика оценки речи при афазии: учеб. пособие к спецпрактикуму для студентов психол. фак. М.: Изд-во МГУ, 1981.
23. Шкловский В. М., Визель Т. Г., Насоновская Г. М. Нейропсихологическая диагностика. М., 1992.
24. Шмидт Е. В., Макинский Т. А. Мозговой инсульт, социальные последствия // Журн. невропатологии и психиатрии. 1979. № 9. С. 1288–1295.
25. Berthier M. L. Poststroke aphasia: epidemiology, pathophysiology and treatment // *Drugs Aging*. 2005. № 22 (2). P. 163–182.
26. Bersano A., Burgio F., Gattinoni M., Candelise L. PROS II Study Group. Aphasia burden to hospitalized acute stroke patients: need for an early rehabilitation programme // *Int. J. Stroke*. 2009. № 4 (6). P. 443–447.
27. Goodglass H., Barton M. I., Kaplan E. F. Sensory modality and object-naming in aphasia // *J. Speech Hear Res*. 1968. Sep. № 11 (3). P. 488–496.
28. Schuell H. Auditory impairment in Aphasia. London, 1953.
29. Tallal P., Piercy M. Developmental aphasia: impaired rate of non-verbal processing as a function of sensory modality // *Neuropsychologia*. 1973. Oct. № 11 (4). P. 389–398.
30. Tsouli S., Kyritsis A. P., Tsagalis G., Virvidaki E., Vemmos K. N. Significance of aphasia after first-ever acute stroke: impact on early and late outcomes // *Neuroepidemiology*. 2009. V. 33. № 2. P. 96–102.
31. Varney N. R. Linguistic correlates of pantomime recognition in aphasic patients // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 1978. Jun. № 41 (6). P. 564–568.

Связь с авторами:

Бердникович Елена Семёновна
berdnickovitch.elena@yandex.ru