

УДК 616.89-008.434.52

## КОРРЕКЦИОННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕЧЕВОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ЭФФЕРЕНТНОЙ МОТОРНОЙ И ДИНАМИЧЕСКОЙ АФАЗИИ

Айтхожаева Р.А., Избасарова А.Ш.

Городской центр речи,

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова,

Кафедра нервных болезней, г. Алматы, Казахстан

**Актуальность.** Афазия – полная или частичная утрата речи, обусловленная локальным поражением головного мозга. Афазия – одно из наиболее тяжелых последствий мозговых поражений, при которой нарушаются все виды речевой деятельности. Примерно в трети случаев причинами их возникновения являются нарушения мозгового кровообращения (ишемия, геморрагий). Афазии сосудистого генеза чаще всего возникают у взрослых людей, а также нередко наблюдаются у подростков и лиц молодого возраста, в результате разрыва аневризмы сосудов головного мозга, тромбоэмболий, вызванных ревматическим пороком сердца и черепно-мозговой травмой [1,2,3].

В логопедической работе по преодолению афазии используются общие дидактические принципы обучения: наглядность, доступность, сознательность и т.п. Следует напомнить, что восстановление речевых функций отличается от формирующего обучения, т.к. высшие корковые функции уже говорящего и пишущего человека организованы несколько иначе, чем у начинающего говорить ребенка [4,5].

**Цель настоящего исследования:** у пациентов с инсультом выявить неврологические синдромы и провести анализ коррекционной работы при восстановлении речевой патологии у пациентов при эфферентной моторной и динамической афазии вследствие инсульта.

**Материал и методы обследования:** В исследование были включены 70 пациентов от 40 лет до 70 лет, перенесшие ишемический или геморрагический инсульт (с 2010 г. по 2012 г). По клинико-неврологическим и нейровизуальным проявлениям мы пациентов разделили по характеру инсульта: с ишемическим инсультом – 34 пациента; с геморрагическим инсультом – 27 пациента; со смешанным инсультом – 9 пациентов.

Пациенты основной группы разделены по полу: мужчины – 32; женщины – 38. В группе с ишемическим инсультом мужчин было – 20, а женщин – 14. В группе с геморрагическим инсультом – 15 женщин и 12 мужчин. В группе со смешанным инсультом – 4 мужчин и 5 женщин.

Пациенты каждой группы нами были разделены по возрасту. Средний возраст всех пациентов с инсультом основной группы составил – 55 лет. В группе с ишемическим инсультом средний возраст пациентов составил – 58 лет; в группе с геморрагическим инсультом – 47 лет, а в группе со смешанным инсультом – 60 лет.

По характеру инсульта пациенты разделены на 3 группы:

1 группа – 34 пациента перенесшие геморрагический инсульт.

2 группа – 27 пациента перенесшие ишемический инсульт.

3 группа – 9 пациентов со смешанным инсультом.

В остром периоде заболевания больные обследовались и лечились в клиниках города Алматы.

Для изучения особенностей восстановительного периода ишемического и геморрагического инсульта использовались следующие методы:

1. Анализ данных анамнеза заболевания и жизни с использованием «Карты стационарного больного инсультом».

2. Клинико-неврологическое обследование.

Шкалы для оценки степени тяжести ишемического инсульта - шкала NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale), шкальные оценки функционального состояния после мозгового инсульта (шкала Рэнкина, индекс Бартела (индекс активности повседневной жизни Бартела).

3. Нейропсихологическое тестирование по адаптированной методике А.Р.Лурия.

1) Оценка параметров внимания по таблице Шульте, оценка памяти – проба на запоминание 10 слов, шкалы и тесты для исследования когнитивных функций (краткая шкала оценки психического статуса (Mini Mental State Examination - MMSE)

2) Краткая шкала оценки психического статуса, которая используется во всем мире для оценки состояния когнитивных функций, являясь достаточно надежным инструментом для первичного скрининга когнитивных нарушений.

3) Тест рисования часов.

4) Шкала Гамильтона – для оценки депрессии (HDRS).

4. Нейровизуализационное обследование: КТ – у 17 пациентов, МРТ – у 39 пациентов.

При клинико-неврологическом осмотре у обследованных пациентов были выявлены клинические синдромы: двигательные расстройства, когнитивные расстройства.

При синдроме двигательных расстройств нами выявлены следующие симптомы: гемипарез, гемиплегия, тугоподвижность в суставах, артропатии, болевой синдром при движении.

При нейропсихологическом тестировании выявлен синдром когнитивных расстройств, представленный нами в виде: нарушения памяти и внимания, дискалькулия, дислексия и дисграфия, диспраксия, оптическая агнозия, визуально-пространственные расстройства, нарушение схемы тела, нарушение мышления.

Перед логопедом поставлена задача: выявление афазии и лечение с первых дней начала инсульта. В результате неврологического и нейропсихологического исследования с применением шкал для работы с логопедом группа со смешанным инсультом не включена, в связи с тяжестью состояния и отказом родственников. Проведя диагностическую консультацию, афазиолог разделил пациентов на две группы: 1 группа пациентов – с

эфферентной моторной афазией; 2 группа пациентов – с эфферентной динамической афазией.

Разработанная методика по восстановлению афазии, способствует адекватной оценке состояния пациентов и проведению индивидуальных коррекционных мероприятий логопедом. На каждом занятии используются схемы, нарезная азбука, карточки, картинки, рисунки, тексты.

Ниже приведены методики, применяемые при восстановлении эфферентной моторной и динамической афазии у пациентов в двух группах, разделенные логопедом при первичном осмотре.

#### **Методика, применяемая при восстановлении эфферентной моторной афазии.**

1. При грубой эфферентной моторной афазии чтение и письмо могут быть в состоянии полного распада. В связи с этим для больных разрабатываются индивидуальные азбуки, в которых каждой букве соответствует определенная картинка или слово, значимые для больного.

2. Позже проводится работа по составлению слов и слогов обычной разрезной азбуки.

3. Для восстановления плавного письма больного обучают многократно писать левой рукой сначала отдельные прописные буквы, затем слова и фразы. Полезно провести курс подготовительных прописных упражнений, предупреждающих персеверации элементов букв при записи слов. На стадии частичного восстановления звукобуквенного анализа состава слова от разрезной азбуки переходят к записи слов легких фраз во время слуховых диктантов. При этом больной должен проговаривать каждое слово по звукам, иногда предварительно складывать трудные слова из разрезной азбуки.

4. Восстановление чтения идет параллельно с восстановлением звукобуквенного анализа слов, но, безусловно, несколько опережая его. Вначале больной по слогам читает слова с различной слоговой структурой, затем простейшие тексты.

На поздних этапах восстановления звукобуквенного анализа состава слова решаются простые кроссворды, составляются короткие слова из букв многосложного слова, пишутся разной степени сложности письма и сочинения, ведутся дневники и т.п.

5. Преодоление дефектов понимания речи осуществляется путем выполнения различных заданий на внимание, переключения с одного предмета на другой, заданий «провокационного» характера, когда логопед просит показать тот предмет, которого нет среди предметов, лежащих перед больным, соотнести фразу с сюжетной картинкой.

6. По мере восстановления слухового внимания стимулируется показ картинок по заданию, при этом больного спрашивают не «где нарисована ложка», а «покажите ложку» или «покажите то, чем мы едим», «положите ложку на стакан» и т.п.

#### **Методика, применяемая при восстановлении эфферентной динамической афазии.**

Основной задачей работы при динамической афазии является преодоление дефектов внутреннего речевого программирования.

1. При значительно выраженной аспонтанности больному даются различные упражнения на классификацию предметов по разным признакам (мебель, одежда, посуда, круглые предметы, квадратные, деревянные, металлические и т.п.); используется прямой и обратный порядковый счет, вычитание из 100 по 7, по 4 и т.п.

2. Преодоление дефектов внутреннего программирования осуществляется созданием для больных программ высказывания с помощью различных

внешних опор (вопросов, схемы предложения, фишек). Больной, перенося указательный палец с одной фишки на другую, постепенно развертывает речевое высказывание по сюжетной картинке, затем переходит к зрительному слежению за планом развертывания высказывания без сопряженного двигательного подкрепления и, наконец, производит составление этих фраз без внешних опор, прибегая лишь к внутриречевому планированию высказывания.

3. Восстановление линейного развертывания высказывания содействует использованию слов, входящих в вопросы к сюжетной картинке или в вопрос к соответствующей ситуации, обсуждаемой на занятии.

4. Для восстановления структуры высказывания используется прием опорных слов, из которых больной составляет предложение. Постепенно число предложенных слов для составления предложения из 5-6 слов сокращается, больной свободно, по своему усмотрению, добавляет слова в нужной грамматической форме.

5. При динамической афазии нарушается составление не фразы, а текста. В качестве внешних опор используются серии последовательных картинок, серии бытовых рисунков художника Х. Бидструппа (эти рисунки дают хороший эффект).

6. При динамической афазии преодолевается речевая инактивность, создавая условия для повышения речевой инициативы, для этого больному поручают устно передать кому-либо ту или иную просьбу логопеда. Речевая активность увеличивается в процессе создания специальных речевых ситуаций-инсценировок, в процессе которых инициатива ведения диалога передается самому больному.

7. На занятиях больным с динамической афазией даются задания пересказать текст сначала при помощи развернутого вопросника, затем при помощи ключевых вопросов к отдельным абзацам текста, затем с опорой на план. Параллельно больной обучается составлять самостоятельные планы к текстам, сначала развернутые, затем краткие. Логопед предварительно составляет план для пациента, который должен пересказывать текст самостоятельно.

8. При грубой динамической афазии понимание ситуативной речи восстанавливается путем обсуждения различных событий дня. Затем логопед опять переключает внимание больного на новую тему, например о том, кто навещал его накануне.

Интонационно логопед выделяет предикат высказывания, собирая внимание больного на том или ином фрагменте. По мере воспитания внимания больного к речи окружающих восстанавливается и ее понимание, уменьшаются трудности переключения акустического восприятия с одной темы беседы на другую. Параллельно с восстановлением экспрессивной, устной речи ведется работа по восстановлению в тексты пропущенных предлогов, глаголов, наречий; письменно составляются предложения по опорным словам.

**Обсуждение и результаты.** В результате диагностической оценки 34 пациентов, перенесших ишемический инсульт, полное восстановление отмечалось в 6 (17,6%) случаях, неврологический дефицит был выявлен у 19 (76%) пациентов, из них 12 (63,1%) имели один клинический синдром – когнитивные расстройства, у 7 (36,9%) пациентов диагностировано наличие одновременно нескольких клинических синдромов – сочетание двигательных нарушений и когнитивных расстройств; у 9 (26,4%) пациентов артропатии и тугоподвижность.

У 27 пациентов с геморрагическим инсультом частичное восстановление двигательных расстройств – у 7

(25,9%) пациентов, артропатии регрессировали у 4 (14,8%) пациентов.

Неврологическая симптоматика у больных, перенесших инсульт, была нами систематизирована по основным клиническим синдромам.

1. Синдром двигательных нарушений – отмечался у 62 (88,5%) пациентов и был представлен гемипарезом у 57 (91,9%), гиперкинезами у 12 (19,3%), мозжечковой атаксией у 15 (24,1%). Двигательные нарушения характеризовались хорошим восстановлением – в течение месяца у 15 (24,1%), протекающий по типу малого инсульта. Тем не менее, атаксия и гиперкинезы снижали точность и скорость выполнения движения, приводили к регрессу физиологических двигательных стереотипов. При длительно сохраняющемся гемипарезе у 21 больных сформировались тугоподвижность и у 7 пациентов – контрактуры в коленных и голеностопных суставах.

2. При помощи нейропсихологического исследования у 58 (82,8%) пациентов нами выделен синдром когнитивных нарушений.

Среди пациентов этой категории у 52 (74,25%) пациентов выявлены речевые расстройства в виде афазии – 41 (78,8%) и дизартрии – 11 (21,1%). В 43% случаев у наших пациентов выявлены нарушения памяти и внимания; 15% - дискалькулия; 12% - дислексия и дисграфия; 9% – диспраксия; 8% - оптическая агнозия; 8% - визуально-пространственные расстройства и нарушение мышления; 5% – нарушение схемы тела. В 15% случаев когнитивные расстройства были впервые выявлены только на 5-й день заболевания в связи с тяжелым состоянием пациентов.

3. При помощи шкалы Гамильтона для оценки наличия и степени выраженности депрессивных расстройств (HDRS) у 38 (54,2%) пациентов выявлен синдром эмоциональных и волевых нарушений. Они были представлены астеническими жалобами – у 8 (21,0%) пациентов, агрессивностью – у 4 (10,5%) пациента, эмоциональной лабильностью – у 9 (23,6%) пациентов, дисфорией – у 2 (5,2%) пациентов, апатией – у 5 (13,1%) пациента, депрессией – у 5 (13,1%) пациента. Сочетание нескольких расстройств отмечено у 5 (13,1%) больных. Эмоционально-волевые расстройства создают сложности общения больных с окружающими, их обособленность и отстраненность от коллектива, обуславливают быструю истощаемость при выполнении заданий, нередко отмечается эмоциональная лабильность больных. При проведении занятий с логопедом с 7 пациентами возникали трудности, которые разрешились на протяжении 2-3 занятий после длительной беседы (по тем или иным причинам отказывались от занятий с афазиологом, что занимало больше время при работе).

В 1 группе у 16 пациентов на третьей неделе были удовлетворительные результаты, благодаря индивидуальной программе и индивидуальным занятиям логопеда.

Во 2 группе у 4 пациентов были трудности с пониманием и эмоциональными нарушениями. Ввиду того что при динамической афазии нарушается в основном составление не фразы, а текста наши 6 пациентов затруднялись в формировании длинных предложений и высказываниях.

Перед логопедом стояла сложная задача при восстановлении у пациентов эфферентной моторной афазии: упорядочить структуру устной и письменной речи с целью преодоления алексии и аграфии. По представленным схемам, картинкам, рисункам, таблицам 11 пациентов зрительно ориентировались и пытались вспомнить буквы, звуки, фразы по слогам, а остальные только на 7 занятия показывали неплохие результаты.

Для восстановления эфферентной моторной афазии

логопед, используя кинетическую методику, при помощи нарезной азбуки работал над освоением у пациентов слов, составленные из простых слогов типа «во-да», «ма-ма», «мо-ло-ко».

При пополнении словарного запаса слов у 14 пациентов отмечались слияния слогов в слова, а затем и в короткие фразы. 5 пациентам с трудом удавались проговаривать слоги и слова.

После восстановления звуковой и слоговой структуры слова логопед работал по восстановлению повествовательной речи, применяя пословицы, четверостишия, поговорки. Работая с предметами, пациенты пытались называть словами предметы и их предназначение. Это получалось не сразу и только у 9 пациентов 1 группы, что составило 40,9%.

Для достижения хороших результатов логопед на индивидуальных занятиях использовал ритмику слова, способствуя позитивной реакции пациента на интонацию. 9 пациентов реагировали на тембр голоса, имитируя звуки, активно повторяли за логопедом слова из песен и короткие стишки.

В 1 группе пациентов с эфферентной моторной афазией 15 пациентам проводилась работа для восстановления письма левой рукой прописными буквами, и только у 8 пациентов (36,3%) поэтапно проводились уроки по письму с последующим написанием диктанта. В 68,1% случаях пациенты из-за апраксии не могли восстановить письмо.

Параллельно с правописанием пациентам предоставляли короткие тексты с картинками для чтения. Из 22 пациентов только 7 пациентов могли по слогам читать текст и что-то пересказывать, что составило 31,8%.

Со всеми пациентами логопед проводил индивидуальные занятия и давал задания для тренировки и подкрепления изученного материала совместно с родственниками пациентов.

Нами доказано, что при реабилитации эфферентной моторной афазии совместная работа афазиолога и невропатолога приводит к позитивным выводам. В течение 1-1,5 лет мы получили следующие результаты: из 22 пациентов у 9 пациентов улучшилось понимание речи, 7 пациентов снова обучились читать по слогам, 4 пациента выражались фразами и могли формировать короткие предложения для общения.

Логопедом для пациентов 2 группы на занятиях по стимулированию речевой активности инсценируются беседы с врачом, с родственниками. При динамической афазии нарушается составление текста, и поэтому для восстановления речевых нарушений используются серии картинок, рисунков. Из 19 пациентов с нарушением динамической афазии после занятий с логопедом у 7 пациентов восстановилась речь.

При приеме восстановительной программы речевая активность увеличивается в процессе создания специальных речевых ситуаций, где в основном идет диалог, и пациент должен самостоятельно формировать речь путем подбора ключевых слов и фраз.

При динамической афазии понимание ситуативной речи восстанавливается путем обсуждения различных событий дня, когда логопед может переключить внимание больного на другую тему. Логопед меняет интонацию и ставит ударение на важные слоги, слова, чтобы помочь пациентам в привлечении внимания к устной речи.

На карточках пациент должен вставить пропущенные слова глаголы в тексте, в вопросах.

Логопед в процессе индивидуальной и коллективной работы с пациентами афазией применяет приемы и методы коррекционно-педагогической работы, учитывая свой большой опыт.

**Выводы:**

Программы восстановления речи при разных формах афазии носят дифференцированный характер, но на раннем этапе после инсульта при ряде форм афазии для преодоления вторично нарушенной смысловой стороны речи используются близкие по характеру методические приемы.

Для решения задач коррекционно-педагогической работы при восстановлении речи у больных с афазией необходима предварительная речевая работа с ними. В связи с дифференцированной диагностикой афазии работа логопеда ведется над всеми сторонами речи с учетом специфики нарушения каждой речевой функции.

В процессе восстановительного обучения афазии перед логопедом ставится конкретная задача создания поэтапной программы в соответствии с индивидуальными особенностями и возможностями больного для дифференциации эфферентной моторной и динамической афазии.

У пациентов, перенесших инсульт, в течение двух лет речь частично восстановилась в 46% по разработанной методике афазиолога.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Бейн Э.С. *Афазия и пути ее преодоления*. Л., 1964.
2. Опель В.В. *Восстановление речи при афазии // Методические указания*/ Л., 1963.
3. Шохор-Троцкая М.К. *Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления*. М., 1972.
4. Лурия А.Р. *Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга*. М., 1962.
5. *Афазия и восстановительное обучение*. Под редакцией Л.С.Цветковой, Ж.М.Глоzman. М., 1983.

**ТҮЙІН**

**Эфферентті моторлық және динамикалық афазиядағы сөйлеу ауытқуларын коррекционды оналту**

Біз атқарған жұмысымызда инсульт кезінде байқалатын негізгі неврологиялық синдромдарды көрсете отырып, инсульттың сипатына, науқастың жынысына және жасына қарай талдау жасадық. Афазиямен науқастардың сөйлеуін қалпына келтіру кезінде афазиологтың сөзсіз жұмысы

кажет. Зерттеудің басында логопед сөйлеу бұзылыстарын жан-жақты ескере отырып бағалау өткізді. Афазиолог ұсынған өңделген әдістеме нәтижесінде 2010-2012 ж инсульт өткерген сырқаттардың 46%-да сөйлеу қабілеті жартылай қалпына келген.

**Негізгі сөздер:** инсульт, неврологиялық синдромдар, нейропсихологиялық зерттеулер, афазия, афазия түрлері, сөйлеу ауытқуларын оналту.

**РЕЗЮМЕ****Коррекционная реабилитация речевой патологии при эфферентной моторной и динамической афазии**

В нашей работе, выделив основные неврологические синдромы, наблюдаемые при инсультах, мы проанализировали пациентов по характеру инсульта, по полу и возрасту. При восстановлении речи у пациентов с афазией необходима предварительная речевая работа афазиолога. В начале исследования логопед провел оценку над всеми сторонами речи с учетом специфики нарушения речевой функции. В результате разработанной методики, предложенной афазиологом, у пациентов, перенесших инсульт, в период с 2010-2012 год речь частично восстановилась в 46%.

**Ключевые слова:** инсульт; неврологические синдромы; нейропсихологические исследования; афазии; виды афазии; реабилитация речевой патологии.

**SUMMARY****Efferent motor and dynamic aphasia correction in speech disorders rehabilitation**

In our article we figured common neurologic syndromes in stroke. We analyzed patients groups through type of stroke, gender and age. Patients with aphasia need some non-verbal preparations before starting rehabilitation process. Translational therapist made scoring all sides according to speech functions specific disorders in all types of aphasia. Thus the methodology, offered by the aphasiologist, resulted in 46% patients with improvements in speech in period of 2010-2012.

**Keywords:** stroke, neurologic syndromes, neuropsychologic research, aphasia, apasia types, rehabilitation of speech disorders

УДК 616.8

## МЕНЕДЖМЕНТ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ АО «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ДЕТСКИЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР»

Булекбаева Ш.А., Байсеркина Ф.Д., Дарибаев Ж.Р.

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г.Астана, Казахстан

Основной миссией деятельности АО «Республиканский детский реабилитационный центр» является повышение качества жизни детей и подростков с ограниченными возможностями посредством интегративного подхода к реабилитационным мероприятиям, путем внедрения новых инновационных технологий и международных стандартов на основе доказательной медицины и достижений науки. В этой связи ставятся три основных цели развития центра:

- укрепление здоровья и социальная адаптация детей и подростков с психоневрологической, эндокринной и ортопедической патологиями;
- совершенствование системы управления и

финансирования, повышение качества реабилитационных услуг;

- повышение уровня кадрового потенциала, развитие науки и образования.

Одной из главных целей современного здравоохранения является улучшение качества медицинской помощи, оказываемой населению. Для достижения указанной цели требуются разработка и внедрение в практику систем объективного контроля и программ адекватного обеспечения качества медицинской помощи. С результатами этой деятельности связывают перспективы эффективного развития реабилитационной помощи