

СОСТОЯНИЕ РЕЧЕВОЙ ФУНКЦИИ БОЛЬНОГО С АФФЕРЕНТНОЙ МОТОРНОЙ АФАЗИЕЙ В РЕЗИДУАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

ШЕЛОМЕНЦЕВА Юлия Викторовна

магистрант

ЩЕРБАК Светлана Геннадьевна

кандидат педагогических наук

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет»
г. Челябинск, Россия

В статье рассмотрены особенности речевой функции больного с афферентной моторной афазией в резидуальном периоде, представлены результаты исследования высших психических функций и проведен анализ синдрома афазии, описаны симптомы, механизм нарушения речи у больного с афазией.

Ключевые слова: афферентная моторная афазия, симптомокомплекс, синдром, праксис, артикуляция.

Проблема преодоления речевых нарушений у лиц с афазией, а также их социальная адаптация, является актуальной на современном этапе. При афазии нарушается прежде всего коммуникативная способность речи, выражающаяся в невозможности или затруднениях пользоваться речью как символическим выражением с целью взаимного понимания членов группы данного языка [4; 5; 8; 10].

А.Р. Лурия, Л.С. Цветкова, М.К. Шохор-Троцкая и другие указывают, что афазия занимает особое место среди прочих нарушений речи так как является сложным системным нарушением, затрагивающим различные уровни организации и реализации речевых функций и высших психических систем.

В научной литературе имеются достаточно полные синдромологические описания различных форм афазий (Э.С. Бейн, А.Р. Лурия, И.М. Тонконогий, Л.С. Цветкова, М.К. Шохор-Троцкая, В.М. Шкловский, Т.Г. Визель и др.), но помимо так называемых «чистых» и «смешанных» форм афазий существуют различные степени проявления речевых расстройств внутри одной формы [6-10].

При восстановлении речевой функции больного с афазией необходимо знать ведущий симптом, понимать состояние функциональной речевой системы, взаимосвязь между состоянием речевых и неречевых процессов. Это выявляется в ходе диагностики.

С целью выявления симптоматики и структуры нарушения речи и понимания механизма её распада у больных с афазией нами было проведено экспериментальное исследование. В исследовании принимала

участие женщина 72 лет с афазией. Обследуемая: правша, родной язык русский, на пенсии, работала по специальности – инженер-конструктор. Перенесла инсульт в 2014, повторный 2015 г. В настоящее время обследуемая ориентирована в окружающем, контактна, фиксированная на своих дефектах и очень хочет получить логопедическую помощь.

Для исследования речевой функции, а также некоторых ВПФ мы использовали нейропсихологические методики (А.Р. Лурия, Л.И. Вассерман, С.А. Дорофеева и Я.А. Меерсон), поскольку в данных методиках отобраны наиболее адекватные и валидные для решения типично-диагностических задач нейропсихологические методы (пробы Поппельрейтера, Хеда, Н.И. Озерецкого, В.К. Орфинской, Н.Н. Трауготт, С.И. Кайданова, И.М. Тонконового и др.) [2; 5; 6]. А также методику нейролингвистического исследования лиц с афферентной моторной афазией Е.Н. Винарской [3].

В результате знакомства с анамнезом и краткой беседы с обследуемой, было выяснено, что обследуемая адекватно понимает обращенную к ней речь. Личностно сохранна. Эмоциональная сфера лабильная, преобладает хорошее настроение (изменение зависит от физического состояния). Внимание устойчивое. Поведение адекватное, но наблюдается повышенная утомляемость. Полностью осознанное отношение к дефекту речи, его отдельным проявлениям. Имеются жалобы на моторные трудности реализации собственного высказывания, проговаривания сложных слов и предложений (в т. ч. длинных), расстройство голоса. Собственная речь

замедленная, сравнивает ее с выражением – «как у пьяного» («Я знаю, что сказать хочу, но не знаю, как это сделать – язык не слушается язык заплетается»). Жалобы на быстрое утомление, запинки. Больная стесняется своего дефекта и ограничивает общение с людьми, особенно с незнакомыми, лишняя раз старается не разговаривать.

В результате проведенных нейропсихологического и нейролингвистического обследований было выявлено следующее.

У обследуемой наблюдается негрубая оральная апраксия, нарушения праксиса предметных действий и жестов (движения воспроизводились зеркально и неловко), конструктивного праксиса (затруднения в выполнении сложных фигур по рисунку и т.п. из спичек), недостаточность соматопространственного праксиса (трудности ориентировки в правой и левой половине тела, пугает направление, иногда неожиданное выпадение, апраксия жеста, слегка затруднена пространственная ориентировка рук в пробах Хэда). При изучении динамического праксиса выявлена недостаточность координации движений, построения отдельных движений, что обусловлено затруднениями в построении отдельной позы (сжатие пальцев в кулак, перемещение руки в пространстве). Выявляется негрубая апраксия «позы» пальцев, в движениях рук и речевых органов (по зрительному образцу и особенно по речевой инструкции).

Наблюдается слабовыраженный правосторонний гемипарез, выражающийся в уменьшении мышечной силы, некоторой замедленности движений при сохранности их объема. Выявляются нарушения поверхностной чувствительности по гемитипу справа (как отмечал И.М. Тонконогий, данные нарушения встречаются при поражении средне-нижних или нижних отделов задней центральной извилины левого полушария мозга [7]).

При достаточно сохранной слухо-моторной координации выявляется кинестетическая акалия (амузия) и нарушение просодики, которая проявляется в замедлении темпа речи, недостаточности ритма высказывания и мелодики (монотон, отсутствие модуляции).

Наиболее выражены нарушения речевой моторики, которые проявлялись в поисках артикуляторной позы, искажении звуков, от-

сутствии звонкости согласных [г, б, д] и общей приглушенности речи (апраксия глотки и гортани), паузы внутри слова, вставки гласных в слоги со стечением согласных.

Исследование экспрессивной речи показало, что собственная речь значительно замедлена, неплавная, характеризуется литеральными парафазиями (замены по сходству артикуляции). Наиболее выражены нарушения речевой моторики, которые проявлялись в поисках артикуляторной позы, в невнятной артикуляции и активных поисках движений (искажение, замены и перестановки звуков), в отсутствии звонкости согласных и общей приглушенности речи, паузы внутри слова, вставки гласных в слоги со стечением согласных, оральной постцентральной апраксией в виде постоянных активных поисков требуемого движения языка или губ и адекватных артикуляционных укладов. Иногда артикуляция имеет нечеткий характер, но при повторении под контролем слуха, артикуляция становится более чистой (например, «чтелефон» – «телефон»). Наиболее затруднено произношение начальных элементов слова. Данные трудности проявляются как в самостоятельной, так и в повторной речи. Затруднено повторение отдельных слов и их серий, серий слов с различным артикуляторно-фонологическим составом звуков. Обследуемая ищет составляющие повторяемого слова артикуляции, обнаруживает литеральные парафазии и нечеткое, смазанное произношение найденных звуков. Предъявление акустического и зрительного образа слова помогает найти его моторный образ. Необходимо отметить, что повторение отдельных слов дается легче, чем повторение отдельных фонем или серий слов. Нарушение наблюдается преимущественно в повторении бессмысленных отрезков речи в виде расстройств имитационного (сопряженного) повторения. Расстройств смыслового контекстного (отраженного) повторения сравнительно мало и практически не наблюдаются.

Воспроизведение автоматизированных словесных рядов обследуемая произносит довольно свободно, практически плавно с правильной артикуляцией. Практически нет искажений при произнесении слов хорошо

знакомых песен во время пения.

Диалогическая эмоциональная фразовая речь на бытовые темы незначительно затруднена из-за поисков артикуляции, относительно развернута. Высказывания замедлены, иногда встречаются вербальные парафазии. Более затруднена монологическая речь (пересказ, рассказ по сюжетной картинке, рассказ на заданную «абстрактную» тему).

Особенность номинативной функции речи проявляется при назывании сложных по слоговой конструкции или длинных слов в виде артикуляционных сложностей, запинок, редких амнестических трудностей, следствием которых были вербальные замены.

Исследование импрессивной речи показало, что понимание разговорной речи, отдельных слов и простых инструкций монологической речи сохранено. Понимает ситуативную диалогическую речь, сопровождается соответствующей мимикой, интонацией и жестом, однако наблюдаются трудности в понимании речи ситуационно не обусловленной, а также когда возникает необходимость детального фонологического анализа сложных слов. Понимание бытовой речи связано с тем, что обследуемая находилась в резидуальном периоде заболевания и ситуации социального общения неизбежно ставили ее перед необходимостью речевого общения, в т. ч. и понимания речи окружающих.

Осмысление текстов и сложных грамматических конструкций замедленно, иногда неполное. Ослаблена слухоречевая память, которое выражалось в затруднении запоминания на короткое время ряда несвязных между собой слов с последующим отчуждением смысла услышанного. Легкие нарушения выявляются при выполнении проб на исследование понимания флективных отношений, а также выраженных предлогами отношений между тремя предметами.

При исследовании фонематического анализа отмечаются затруднения в подборе слов по двум заданным фонемам и в определении порядкового номера заданной фонемы в слове. Встречаются трудности в определении фонемного состава и последовательности фонем (рука – «раук»).

Исследование чтения и письма показало, что чтение «про себя» сохранно, но при чте-

нии вслух имеются те же нарушения что и в других видах внешней речи – запинки, артикуляционные сложности, литеральные парафазии, перестановки и пропуски букв. При чтении связного отрывка текста вслух и про себя (с зажатым языком) вызывало некоторые трудности и напряжение. С возрастанием сложности текстов увеличивается число парафазий, поисков артикуляции, случаев угадывания слов. Понимание читаемого практически сохранно, хотя иногда встречается фонологически не контролируемое сугубо контекстное чтение «по догадке», вероятно из-за недостаточности фонологического анализа, который увеличивает число литеральных парафазий, вербальных паралексий и различных контаминаций во внешней артикуляции читаемого. Обследуемая слышит свои артикуляторные ошибки и активно старается их исправить. Предпочитает читать «про себя» из-за трудностей артикуляторной реализации читаемого текста. Интересно отметить, что больная про себя читает почти вдвое быстрее, чем вслух, однако чтение быстро утомляет обследуемую, появляются головные боли.

Письмо нарушено меньше, чем устная речь. Встречаются литеральные параграфии (замены и пропуски букв при стечении согласных) и искажения структуры слов. Вероятно, это возникает из-за недостаточного анализа сходных «артиклем». Ошибки возникают в основном при написании сложных, с трудом артикулируемых слов. Списывание не нарушено, но почерк изменился (апраксия «позы» пальцев). Письмо под диктовку отдельных фраз и спонтанное письмо не особо затруднено, особенно при «свободном языке», однако при «зажатом языке» иногда возникают трудности. Задания, связанные с называнием объектов, дается легче в письменной форме, чем в устной.

Таким образом, ведущим клиническим симптомом при афферентной моторной афазии является расстройство артикуляторного звена речевой функциональной системы, комбинирующийся с легкой недостаточностью фонологического анализа, незначительным нарушением письма.

Исходя из результатов обследования, мы можем диагностировать у больной синдром афферентной моторной афазии легкой фор-

мы и как следствие необходимость проведения дальнейшей коррекционно-педагогической работы по восстановлению нарушенной речевой функции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бейн Э.С., Овчарова П.А. Клиника и лечение афазий. – София: Медицина и физкультура, 1970. – 210 с.
2. Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. Методы нейропсихологической диагностики: практ. рук. – СПб.: Стройлеспечать, 1997. – 360 с.
3. Винарская Е.Н. Клинические проблемы афазии: (нейролингвистический анализ). – М.: Медицина, 1971 г. – 216 с.
4. Кроль М.Б. Невропатологические синдромы. – Харьков; Киев: Гос. мед. изд-во УССР, 1933. – IX, 528 с.
5. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. – М.: Изд-во Московского ун-та, 1962. – 431 с.
6. Лурия А.Р. Травматическая афазия: Клиника, семиотика и восстановит. терапия. – М.: тип. упр. делами Совета Министров СССР, 1947. – 368 с.
7. Тонконогий И.М. Инсульт и афазия. – Л.: Медицина. Ленингр. отд-ние, 1968. – 268 с.
8. Цветкова Л.С. Афазия и восстановительное обучение. – М.: Просвещение, 1988. – 207 с.
9. Шкловский В.М., Визель Т.Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. – М.: «Ассоциация дефектологов», В. Секачев, 2000. – 96 с.
10. Шохор-Троцкая М.К. Коррекционно-педагогическая работа при афазии: методические рекомендации. – М.: ин-т общегуманитар. исслед.: В. Секачев, 2002. – 188 с.

THE STATE OF SPEECH FUNCTION IN A PATIENT WITH AFFERENT MOTOR APHASIA IN THE RESIDUAL PERIOD

SHELOMENTSEVA Yulia Viktorovna

undergraduate

SCHERBAK Svetlana Gennadievna

Candidate of Pedagogical Sciences

South Ural State Humanitarian and Pedagogical University
Chelyabinsk, Russia

The article discusses the features of the speech function of a patient with afferent motor aphasia in the residual period, presents the results of a study of higher mental functions and analyzes the syndrome of aphasia, describes the symptoms, the mechanism of speech impairment in a patient with aphasia.

Key words: afferent motor aphasia, symptom complex, syndrome, praxis, articulation.