

А.К. Садырбекова, К.Б. Нурғалиев, А.Т. Имангожаева, И.Ж. Галиев, Д.Б. Тамабаева

ПЕРВЫЙ ОПЫТ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ НАУЧНОМ ЦЕНТРЕ НЕЙРОХИРУРГИИ

АО «Республиканский научный центр нейрохирургии», г. Астана

The article contains the neuropsychological assessment of patients with speech pathology and other mental functions in the rehabilitation department of the Republican Research Center for Neurosurgery. Analysis of evaluation results showed that the use system of neuropsychological diagnostics provides a detail and differentially survey of patients with speech pathology and allows to set an adequate program of rehabilitation training.

Key words: neuropsychological evaluation, speech, aphasia, rehabilitation training

Введение

Согласно мировой статистике, в настоящее время отмечается стремительная тенденция к увеличению числа больных с инсультом, а также к их «омоложению». По данным ВОЗ, 30% больных составляют лица трудоспособного возраста. Большая часть больных, перенесших инсульт или получивших тяжелую черепно-мозговую травму, полностью утрачивают профессиональные навыки и трудоспособность [1,12]. В результате нарушения речи и расстройств двигательной сферы больные переводятся на инвалидность 1 или 2 группы без права работы. При этом важнейшим фактором при определении степени инвалидности является именно нарушение речи. Эти факты показывают, насколько актуальной и масштабной стала проблема оказания данному контингенту больных комплексной специализированной помощи, которая охватывала бы круг вопросов, связанных с лечением больных, максимальным восстановлением или компенсацией утраченных ими речевых и высших психических функций [1, 2]. Проблема диагностики афазии и восстановительного обучения привлекает внимание логопедов - афазиологов, нейропсихологов, неврологов и др. Возрастающий интерес к этой области знания обусловлен ее социальной и практической значимостью в связи с вопросами восстановления полноценной жизнедеятельности таких больных. Афазиология насчитывает более чем столетний период своего развития. Она значительно продвинулась, благодаря работам А.Р. Лурии, Э.С. Бейн, Е.Д. Хомской, Л.С. Цветковой, М.К. Шохор – Троцкой (Бурлаковой) и других [3, 5, 6, 7, 8, 9, 11]. Каждый из исследователей внес вклад в теорию и практику восстановительного обучения больных с афазией. Одним из наиболее важных разделов нейропсихологии является диагностика нарушений речевой и других высших психических функций. Существуют различные

диагностические системы. Наиболее широко используемая система нейропсихологической диагностики, созданная А.Р. Лурией. Имеются зарубежные и российские модификации этой системы. Одна из них выполнена российскими учеными В.М. Шкловским, Т.Г. Визель, Г.М. Носановской в Московском центре патологии речи и нейрореабилитации [4, 10]. Использование разработанной авторами методики исследования нарушенных речевых функций позволяет не только определить у больного форму афазии, но и составить программу восстановительного обучения.

Материалы и методы

Данная методика была применена на практике логопедами - афазиологами в Республиканском научном центре нейрохирургии с больными, имеющими разные формы афазии в начале курса обучения. Логопед-афазиолог, вооруженный знаниями нейропсихологии, квалифицированно проводит системный анализ высших психических функций в целях постановки топического и речевого диагноза и намечает пути реабилитации. Внедрение диагностической методики в практику показало ее высокую эффективность. С больными, выбранной нами группы (45 человек) проводилось нейропсихологическое обследование и коррекционные мероприятия. Значительный регресс речевых нарушений был обнаружен у 80% больных (36 человек).

Результаты и обсуждения

Пример 1

Пациент Л... Г... С..., 50 лет (21.08.1962 г.р.), первично поступил для прохождения курса комплексной нейрореабилитации в стационарное отделение Республиканского научного центра нейрохирургии с диагнозом: последствия после перенесенного кровоизлияния

в левой гемисфере. Образование высшее. В настоящее время инвалид I группы. Ведущая рука правая. Жалобы на плохую речь, забывание слов. Пациент контактен, охотно соглашается на обследование, интересуется его результатами. В месте и времени ориентирован. Поведение адекватно ситуации обследования. Критика к своему состоянию несколько снижена. Психическая активность достаточная. Темп деятельности неравномерный. Внимание характеризуется неустойчивостью, сужен его объём, нарушены его переключения с одного вида деятельности на другой. Эмоционально лабилен. Доступно понимание ситуативно-бытовой речи, понимание внеситуативной речи затруднено, возможно выполнение отдельных простых инструкций (покажите в комнате окно, холодильник, поднимите руку вверх и т.д.) Выполнение сложных инструкций – затруднено. Доступен показ единичных предметов, показ серии предметов затруднен, что обусловлено торможением слухоречевых следов. Понимание логико-грамматических конструкций недоступно. Показ картинок, соответствующих словам с оппозиционными фонемами невозможен, из-за грубых нарушений фонематического слуха. Экспрессивная сторона речи: речевая активность не снижена. Спонтанная речь пациента представлена простой фразой. Отмечаются вербальные и литеральные парафазии, аграмматизмы согласования и управления, элементы логореи. В речи преобладают местоимения, глаголы, интонирование яркое. Автоматизированная и дезавтоматизированная речь сохранна. Повторение серии звуков и слогов затруднено, отмечаются вербальные и литеральные парафазии из-за неустойчивости слухоречевых следов. Повторение фраз недоступно. Называние реальных предметов доступно, при назывании изображений предметов, частей тела, действий отмечались вербальные парафазии по семантической и акустической близости. Произвольная фразовая речь: составление фразы по картинке сводится к продуцированию отдельных словосочетаний, недостаточно точно выражающих смысл сюжетной картинки. Составление фразы с заданными словами затруднено, больной не может найти адекватных лексических средств для выражения мысли. Рассказ представлен в основном перечислением изображенных действий, при этом допускаются вербальные парафазии и аграмматизмы управления. Чтение: доступно называние отдельных букв и чтение слов-идеограмм. Аналитико-синтетическое чтение доступно, наблюдаются литеральные парафазии, понимание и запоминание прочитанного недостаточно. Списание – сохранно. Автоматизированное

письмо – возможно. Письмо под диктовку – затруднено, пациент записывает только наиболее частотные слова, при записи предложений отмечается пропуск значимых слов, ошибки обусловлены нарушениями звуко-буквенного анализа. В спонтанном письме – сохраняются те же трудности, что и в устной речи. Мимический праксис сохранен. Пробы на символический праксис выполняет по подражанию. В орально - артикуляционном праксисе значимых нарушений не выявлено. Объём органов артикуляции достаточный, саливация – умеренная, голос – достаточной силы и звонкости. Пробы мануального праксиса: выполняет со зрительной опорой, при этом отмечается поиск позы. Динамический праксис: при выполнении графических проб была необходима постоянная опора на образец, при выполнении мануальных проб – несколько увеличен латентный период усвоения программы, выполнение в замедленном темпе, отмечались контаминации. Пробы реципрокной координации выполнял правильно, в нормальном темпе. В зрительном гнозисе отмечались трудности узнавания недорисованных изображений, оптико-пространственный гнозис несколько затруднён, значимых нарушений слухового гнозиса не выявлено. Счёт: доступно называние и запись названных простых чисел, запись сложных чисел практически недоступна, называние многозначных чисел – с нарушением разрядности, вербальными парафазиями, выполнение счётных операций доступно, выполнение сложения и вычитания в пределах двадцати, более сложные задания – недоступны. Конструктивно - пространственная деятельность: на рисунке геометрических фигур первичных нарушений рисунка не отмечается, наблюдаются трудности понимания номинации геометрических фигур. Снижения памяти на текущие события и упроченные знания не выявлено, максимальный объём двигательной памяти составляет 3 элемента, зрительной 3 элемента, сужен объём слухоречевой памяти до 3-х элементов. Интерпретация пословиц и метафор невозможна. Понимание смысла рассказа зависит от объема текста, доступно понимание коротких простых текстов. Обобщение и классификация: исследование затруднено из-за сложностей в усвоении задания.

Заключение: результаты проведённого обследования свидетельствуют о дисфункции височных отделов левого полушария, а также о наличии у пациента комплексной височной сенсорной и акустико-мнестической афазии, негрубых нарушений нейродинамического аспекта психической деятельности. Рекомендуются индивидуальные логопедические занятия.

Программа восстановительного обучения:

1. Восстановление понимания значения слова;
2. Восстановление фонематического слуха;
3. Преодоление слабости слухоречевых следов;
4. Преодоление расстройств устной речи;
5. Восстановление письменной речи;
6. Формирование и развитие контроля над собственной речевой продукцией.

Проведено нейропсихологическое исследование речи и других психических функций, по результатам которого составлена программа восстановительного обучения. С предлагаемой нагрузкой справляется. В состоянии больного отмечается следующая положительная динамика: сформировалась положительная установка на результат восстановительного обучения, более устойчивым стало произвольное внимание, сократился латентный период включения в деятельность, улучшилось переключение с одного вида деятельности на другой. В речевом статусе сократился латентный период при актуализации слов по заданию логопеда, улучшился подбор слов различных частей речи по заданному признаку или действию, стало возможным составление простых коротких фраз из заданного количества слов. Больному рекомендовано продолжить занятия по месту жительства по намеченной программе.

Пример 2

Пациент Б..., Р..., Н..., 41 лет. (15.05.1971). В отделение поступил с диагнозом: последствия внутричерепного кровоизлияния.

В данное время не трудоспособен, правша, наличие в семье левшества отрицает. Образование высшее. Жалобы на нарушение речи, плохую память. Ориентирован в месте и времени, адекватен, контактен, критика к своему состоянию в норме. Эмоциональный фон ровный, эмоциональные реакции адекватны ситуации обследования. Импрессивная речь: выполнение простых инструкций доступно. Понимание ситуативных, внеситуативных и парадоксальных вопросов сохранно. Осуществляет показ предметов и изображений предметов. Объем слухоречевой памяти сужен до 2х элементов, фонематическое восприятие нарушено. Понимание логико-грамматических конструкций возможно. Экспрессивная речь: спонтанная речь представлена развернутой фразой с элементами логореи, отмечаются вербальные парафазии, тахилалия, речь имеет витиеватый стилистический рисунок. Автоматизированная и дезавтоматизированная речь сохранна. При повторной речи возможно повторение единичных звуков, слогов, отмечаются единичные литеральные парафазии. При повторении слов сложной слоговой структуры сложностей не возникает, доступно повторение фраз состоящих

из 3- 4 слов, при повторении больших по объему фраз возникают трудности, обусловленные слабостью слухоречевых следов. Называет наиболее частотные предметы и действия. Фразы по картинкам и с заданным словом выполняет. При пересказе текста больной передает общий смысл сюжета, имеют место привнесения. Рассказ по картинке на заданную тему составляет. Чтение как функция сохранно, понимание прочитанного зависит от объема текста. Письмо под диктовку возможно, отмечаются редкие литеральные парафазии, пропуски букв. Звуко-буквенный анализ и синтез слова затруднен. Счет: значимых нарушений не выявлено. Гнозис: оптико пространственный, зрительный нарушены, ошибки в узнавании недорисованных и перечеркнутых изображений. Конструктивно-пространственная деятельность: доступно рисование некоторых фигур, поворот фигур затруднен.

Заключение: таким образом у больного выявлено, на фоне нарушения протекания процессов нейродинамики: акустико – мнестическая афазия, сенсорная афазия.

Больному рекомендуются индивидуальные логопедические занятия.

Программа восстановительного обучения

1. Расширение рамок слухового восприятия;
2. Преодоление слабости слухоречевых следов;
3. Преодоление трудностей называния;
4. Работа по восстановлению смысловой структуры слова;
5. Коррекция устной и письменной речи.

Динамика восстановительного обучения.

С больным ежедневно проводились индивидуальные логопедические занятия. Проведено нейропсихологическое исследование речи и других психических функций, по результатам которого составлена программа восстановительного обучения. В результате проведенных логопедических мероприятий в речевом статусе у больного отмечаются улучшения. Значительно улучшилось понимание речи. Улучшились возможности коммуникативной речи, в спонтанной речи появилось большое количество адекватных слов и словосочетаний. Больной уверенно называет слова из отобранных категорий. Расширились возможности слухового контроля. Улучшилось письмо по памяти (уменьшилось количество литеральных и вербальных паралексий)

Больному рекомендовано продолжить занятия по месту жительства по намеченной программе.

Выводы

В результате проведенного обучения выявлена положительная динамика в речи экспериментальной группы. Приведенные материалы показывают, что использование нейропсихологической методики открывает лого-

педу-афазиологу большие возможности на пути детального дифференцированного обследования и подбора адекватных методов восстановительного обучения больным, имеющим тяжелые нарушения речи вследствие органического поражения мозга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шкловский В.М., Визель Т.Г. Восстановление речевых функций у больных с разными формами афазии. Методическое пособие. М.,-2004.
2. Визель Т.Г. Как вернуть речь. М.,-1998.
3. Лурия А.Р. и современная нейропсихология/ под ред. Е.Д. Хомской, Л.С. Цветковой, Б.В. Зейгарник М.: МГУ – 1982.
4. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии. М., Изд-во Астель-2005.
5. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. Изд-во Моск. ун-та. М., 1969.
6. Бейн Э.С., Бурлакова М.К., Визель Т.Г. Восстановление речи у больных с афазией. М. Медицина. 1982г.
7. Шохор- Троцкая М.К.. Коррекция сложных речевых расстройств. ТЦ Сфера, Секачев В., 2006г.
8. Проблемы афазии и восстановительного обучения, т.1. под ред. Цветковой Л.С. М.,МГУ,1975г.
9. Проблемы афазии и восстановительного обучения, т.2. под ред. Цветковой Л.С. М.,МГУ,1979г.
10. Шохор- Троцкая М.К. (Бурлакова) Речь и афазия ЭКСМО - ПРЕСС 2001г.
11. Хомская Е.Д. Мозг и активизация. М, МГУ. 1987г.
12. Шкловский В.М. Социально - психологический аспект реабилитации больных с афазией. Журнал невропатологии и психиатрии. 1982г.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада Республикалық нейрохирургия ғылыми орталығының Оңалту бөлімшесіндегі тілінің мүкісі бар және басқа да жоғары психикалық функциялары бұзылған пациенттердің нейропсихологиялық тексеру мәліметтері ұсынылған. Тексеру нәтижелеріне жасалған талдау нейропсихологиялық диагностика жүйесін қолдану тілінің мүкісі бар және басқа

да жоғары психикалық функциялары бұзылған пациенттерді жан-жақты және дифференциалды түрде тексеруге және тиісті қалпына келтіру бағдарламасын жасауға мүмкіндік беретіндігін көрсетті.

Негізгі сөздер: нейропсихологиялық зерттеу, сөйлеудің бұзылуы, афазия, қалпына келтіруді оқыту.

РЕЗЮМЕ

В статье представлены данные нейропсихологического обследования пациентов с нарушениями речи и других высших психических функций реабилитационного отделения Республиканского научного центра нейрохирургии. Анализ результатов обследования показал, что использование системы нейро-

психологической диагностики позволяет детально и дифференцированно обследовать пациентов с нарушениями речи и составить адекватную программу восстановительного обучения.

Ключевые слова: нейропсихологическое обследование, нарушение речи, афазия, восстановительное обучение