

© ШТЕЙНЕРДТ В.В.

УДК 616.89-008.434.5-08-036.863:613.89

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА РЕЧЕВОГО ДОНОРСТВА ПРИ
РЕАБИЛИТАЦИИ РЕЧИ У ДВУХ БОЛЬНЫХ С АФАЗИЕЙ В
ПОСТСТАЦИОНАРНОМ ПЕРИОДЕ**

В.В. Штейнердт

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.
Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов;
кафедра нервных болезней, традиционной медицины с курсом ПО, зав. –
д.м.н., проф. С.В. Прокопенко.

***Резюме.** В статье приводится алгоритм последовательного использования отдельных этапов процесса восстановления речи в постстационарном периоде с использованием аудиовизуального экранного материала на режиме биологической обратной связи и опыт применения данного метода у двух больных с афазией.*

***Ключевые слова:** афазия, реабилитация, биологическая обратная связь, речевое донорство, семейный речевой климат.*

Штейнердт Виктория Викторовна – врач-невролог, ООО «НИИ ЭМФ»; e-mail: shirura@mail.ru.

Восстановление речи при афазиях относится к сложным разделам теоретической и практической неврологии. Продолжительность восстановления речевой функции при афазиях очень индивидуальна и зависит от множества

факторов [8,9,10,11], но в большинстве случаев дефект речи носит стойкий характер и восстановление, в среднем, занимает от 2 до 6 лет и более. Динамика восстановления речевых функций, в ряде случаев, оказывается незначительной и иногда больному удаётся достигнуть лишь частичного улучшения в результате длительных систематических занятий [8,10]. Это обстоятельство связано с тем, что формирование языка и речи является интегральным комплексом биомеханических (слово и звукообразование, вербализация, темпоритмовая кинетика), нейрофизиологических (моделирование в нейронных сетях речевого продукта), и психофизиологических («перетекание» мысли в единицу речевого отчета) природных функций. В соответствии с этим представлением в практике реабилитации речи при различных видах афазий, при формировании восстановительных программ, привлекаются методы и средства, обращённые к тому или другому уровню, который индивидуально адекватен патофизиологической схеме афазии, или сохранившимся оптимальным для «реабилитационного сотрудничества» резервам мозга [3,4,5].

Метод речевого донорства рассматривается нами как преемственный этап реабилитации речемыслительной деятельности в постстационарном периоде, когда речевые возможности пациента доведены до степени определённой готовности речевого общения на уровне суррогатного воспроизведения отдельных слов с наличием литеральных и вербальных парафазий, а так же коротких предложений с издержками грамматического, синтаксического и семантического характера [6,7]. Как правило, при любом виде афазии непременно обнаруживаются те или иные когнитивные дефекты, влияющие на познавательные функции. Часто при нарушении предметной соотносительности слов страдает номинативная функция речи, грамотное использование глагольных форм, местоимений, падежных согласований и др.

В связи с этим операционально за 2-3 дня до выписки из стационара невролог, который предполагал продолжать постстационарную реабилитацию речи в домашних условиях, совместно с реабилитологом-

афазиологом стационара, проводили оценку речевых возможностей пациента. При этом исследовалось заключение нейропсихолога о состоянии когнитивного статуса больного и данные электроэнцефалограммы (ЭЭГ) для исключения эпилептичности. Следующим этапом осуществлялось знакомство с предполагаемым донором-родственником пациента первого порядка (отец-сын, мать-дочь, сибсы). В беседе озвучивались основные принципы метода речевого донорства в целях выработки психологического партнёрства на последующих этапах работы. Большое значение уделялось изучению дискурса речевой среды семьи пациента, который мы условно называли семейный речевой климат. Под этим предполагалось выявление речевых, поведенческих, традиционных крипт и использование неформального стиля общения воспитанного в семье (сленг, метафоры) с тем, чтобы использовать их для составления индивидуальных программ речевых текстов с привлечением опорных речевых стереотипов, принятых в семейном обиходе (например – обращение жены к мужу по имени, отчеству, имени-отчеству, "отец" и др.). Именно эти коммуникативные особенности семьи вводят пациента в привычный мир речевой раскованности, переведенный на уровень автоматизма [1].

В настоящем исследовании нами использовался метод интенционального анализа психофизиологического состояния пациента. Интенции это предметные направленности субъекта, образующие основу и глубинное психологическое содержание речи, которое непосредственно связано с целями деятельности и «видением мира» субъектом, его желаниями, нуждами, установками [2]. В нашей работе интент-анализ определяет состояние интенций пациента и психологического пространства, в котором осуществляется реабилитационное партнёрство.

Часто в сфере интент-анализа у пациентов обнаруживалась негативно-пессимистическая установка на перспективу реабилитации речи, даже в тех случаях, когда в стационаре были достигнуты значительные успехи. В основе этой ситуации лежит сопоставление имеющихся речевых возможностей с

преморбидным состоянием речи. И поэтому в данном случае необходима выработка новой установки с опорой на наиболее значимые для больного интенции. С этой целью используются те аргументы, которые привлекательны для пациента в настоящее время, например – расширение речевых возможностей в пределах пользования магазином, в беседе с родственниками, соседями, внуками и др. Указанные моменты обязательно использовались при монтаже аудиовизуальных речевых упражнений.

Первый стартовый диск (первый этап реабилитации речи) для пациента записывался с его ближайшего родственника. Содержание диска заключалось в 10-15 предложениях бытового характера, предлагаемые пациенту для повторения за «донором». Предложения составлялись с учётом интент-анализа психофизиологической установки пациента и семейного речевого климата. Сложность программы обязательно должна соответствовать речевым возможностям пациента. Это могли быть простые предложения, типа "Дай пить", "Хочу есть", либо посложнее, например "Я хочу пить", "Давай пить чай". Работа по диску осуществлялась, как правило, в следующем режиме: занятия должны были проходить дважды в день, желательно в первой половине дня, и как минимум пять повторений за каждое занятие. Обязательным условием для работы с диском являлось хорошее самочувствие и настроение у пациента.

Работа с экраным донорским образцом предусматривала индукцию генетически опосредованных вербальных (темпоритмовый каркас) и невербальных аргументов речи – мимика, тембр, интонации, жесты и другие особенности речи, которые, не ложась на язык словесного отчёта, способствуют оживлению выработанных прижизненно и природно-импринтированных компонентов речевой функции.

В течение одной, двух недель пациентом осуществлялась работа с экраным аудиовизуальным образцом. После чего заканчивалась работа со стартовым материалом, и начинался второй этап – автопсихоадаптивный режим реабилитации речи. Показателем для перехода на второй этап

являлась степень зрелости репродуктивной или отраженной речи пациента, что для каждого больного определялось индивидуально. При качественном воспроизведении осуществлялась аудиовизуальная запись собственной речи пациента, включающей в себя как вербальные, так и невербальные компоненты речи. И с этого этапа на основе биологической обратной связи (biofeedback) с элементами речевого донорства начиналось оживление собственного природного образца речи, импринтированного генетически и сформированного на протяжении жизни.

При достижении определенного успеха на всех последующих этапах монтажа речевых программ производился их грамматический и структурно-лингвистический анализ элективной коррекцией. В среднем курс предусматривал проведение 4-8 недельных циклов, по окончании каждого недельного цикла осуществлялась ревизия результатов и составлялась программа на следующую неделю.

Ниже приводится описание 2 клинических наблюдений реабилитации речи у пациентов с афазией среднетяжелой и средней степени тяжести в амбулаторных условиях методом речевого донорства.

Клинический пример 1.

Пациентка Г., 53 года, диагноз: гипертоническая болезнь III стадии, риск IV, атеросклеротическая окклюзия левой внутренней сонной артерии, поздний восстановительный период повторного острого нарушения мозгового кровообращения (от 10.07.07г., 28.09.07г.) по смешанному типу в бассейне левой средней мозговой артерии с синдромом сенсомоторной афазии среднетяжелой степени, псевдобульбарной дизартрии, правосторонним центральным гемипарезом, правосторонней гемигипестезией. *Заключение логопеда:* смешанная сенсомоторная афазия (комплексная моторная и комплексная сенсорная афазия) среднетяжелой степени; псевдобульбарная дизартрия.

В неврологическом статусе: контакт с больной затруднен из-за речевых расстройств; черепно-мозговые нервы (ЧМН): правая глазная щель D<S,

движение глазных яблок в полном объеме, слабость конвергенции с двух сторон. Сглажена правая носогубная складка, язык девирует вправо, мягкое нёбо подвижно, глоточный рефлекс снижен, вызываются рефлексы орального автоматизма. Отмечается центральный правосторонний гемипарез со снижением мышечной силы в ноге до 4 баллов, в руке – до 3 баллов. Сухожильные рефлексы D>S, с расширением рефлексогенных зон; ахиллов рефлекс справа – с клонусом, верхний рефлекс Россолимо справа положительный, рефлекс Бабинского вызывается с обеих сторон. Мышечный тонус в паретичных конечностях повышен по спастическому типу; поверхностная чувствительность справа изменена по типу гемигипестезии. Координаторные пробы выполняет неуверенно, справа с дефектом; в позе Ромберга пациентка неустойчива.

В июне 2008 года больная проходила курс речевой и двигательной реабилитации в Красноярском федеральном центре неврологии и нейрореабилитации ФМБА России. По окончании стационарного лечения, совместно с логопедом-афазиологом, были определены основные векторы преемственности в постстационарной реабилитации речи методом речевого донорства с учётом семейного речевого климата.

С 26.06.08 года. был начат курс постстационарной реабилитации речи в амбулаторных условиях. На первой стартовой аудиовизуальной записи фиксировалась подача натурального образца речи донором, которым являлась её дочь, в виде простых предложений в дискурсе бытового общения пациентки и первый опыт репродукции реципиенткой ответа. Этот этап предусматривал стартовую ревизию речевых возможностей пациентки, используемых для анализа её сенсомоторных возможностей, являющихся отправной точкой для построения лингвистических конструкций на последующем этапе перехода к повышению логико-грамматических требований материала. По анализу стартового аудиовизуального материала на режиме ответа на вопрос пациентка автоматически с учетом речевых возможностей сокращала ответ, сохраняя логику диалогической связи

односложным вариантом, либо вообще затруднялась с ответом. На режиме повторения отдельных фраз за донором почти в каждом предложении отмечались трудности включения в речь, поиск первого звука, литеральные и вербальные парафазии, персевераций, ошибки грамматического синтаксического характера. В целом речь пациентки была плохо артикулирована, гипофонична, интонационно не окрашена. В результате 10 -недельного опыта занятий по диску (с 26.06.08 г. по 26.08.08 г.) обнаружилось отчетливое улучшение речи, при этом замечен положительный результат, в виде успешного осуществления включения в речь, уверенной артикуляции впервые мотоскопически синхронизированной с адекватной мимической экспрессией; предложенные для воспроизведения с диска предложения из двух частей реализованы с правильной грамматической конструкцией. Отчетливо выступают интонациональная и смысловая аранжировка речи. Лишь в 3 предложениях из 13 были замечены ошибки в виде вербальных и литеральных парафазий.

Клинический пример 2.

Пациент Н., 52 года, диагноз: гипертоническая болезнь III стадии, риск IV, атеросклероз брахиоцефальных артерий, ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения 2-3 функционального класса. Последствия перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне левой средней мозговой артерии (от января 2006 г.) с легким центральным правосторонним гемипарезом, гемигипостезией, афферентным парезом правой руки, комплексной моторной афазией (афферентной, эфферентной), средней степени тяжести. Постинсультная лобно-долевая эпилепсия с умеренными по частоте простыми фокальными клоническими приступами в правой руке. По данным ЭЭГ (от 26.11.08 г.) над левой лобно-центральной областью регистрировалась эпилептиформная активность, в связи, с чем рекомендован приём финлепсина-ретард по 400 мг 2 раза в день.

В неврологическом статусе: контакт с больным затруднен из-за речевых

расстройств. ЧМН: отмечается слабость конвергенции с обеих сторон, легкая сглаженность правой носогубной складки, девиация языка вправо; мягкое нёбо подвижно, глоточный рефлекс сохранен. Вызываются рефлекс орального автоматизма. Отмечается легкий правосторонний гемипарез со снижением мышечной силы в ноге до 4,5, в руке – до 4 баллов. Сухожильные рефлексy D>S, справа вызывается рефлекс Бабинского. Мышечный тонус в правых конечностях несколько повышен по спастическому типу, расстройство поверхностной чувствительности справа по типу гемигипостезии, в пальцах правой руки нарушено чувство положения. Коленопяточную пробу больной выполняет удовлетворительно, пальценосовую справа – с дефектом; в позе Ромберга отмечается шаткость.

В ноябре - декабре 2008 года пациент проходил курс двигательной и речевой реабилитации в Красноярском федеральном центре неврологии и нейрореабилитации ФМБА России. По окончании стационарного лечения, совместно с логопедом-афазиологом, был также определен основной вектор преимущественности в постстационарной реабилитации речи с учетом семейного речевого климата.

С 16.01.09 года был начат курс реабилитации речи в амбулаторных условиях методом речевого донорства. Первая стартовая аудиовизуальная запись (от 16.01.09 г.), произведенная в режиме репродукции коротких предложений привычно-бытового содержания, характеризовалась следующим: почти в каждом из опытов отмечалась задержка усвоения и аберрантное воспроизведение предложения с наличием множественных литеральных и вербальных парафазий. Общий объём речевой продукции включал в себя 18 предложений с кратковременным промежутком, до нескольких секунд. После самостоятельных упражнений по аудиовизуальному образцу в течение почти 6 недель с двух кратными сеансами в день, исключаящими рабочее утомление (с учётом наличия эпилептиформной активности на ЭЭГ), произведена контрольная запись (от 25.02.09 г.) ранее используемого текста. Результат характеризовался наличием лишь 2-3 литеральных парафазий в чрезвычайно

трудном варианте чередования звонких и глухих согласных. Весь остальной опыт был выполнен не только безукоризненно, но и без рассогласования между интонационно-вербальным и мимическим сопровождением.

В результате этого практическая значимость проведенного курса постстационарной реабилитации речи методом речевого донорства с учётом семейного речевого климата и интент-анализа новой психофизиологической установки обеспечила этим пациентам относительно уверенное состояние коммуникативной речи в бытовых условиях.

Таким образом, принципиальным моментом в методе речевого донорства является выведение процесса восстановления речи по окончании госпитального этапа на внестационарный этап. В механизм восстановления речи включены такие категории как семейный речевой дискурс и интент-анализ пациента, то есть его психофизиологическая установка. Основной опыт реабилитации опирается на технологию обратной связи в режиме автопсихоадаптивного управления речью или включением в процесс близкородственного «донора», в случае наличия последнего. Последнее обстоятельство подчёркивает значение интегрального образца предъявления аудиовизуальной информации с диска при самостоятельной работе, обеспечивающей возвращение к индивидуальному образцу речи.

EXPERIENCE OF APPLICATION OF VERBAL DONATION METHOD AT THE SPEECH REHABILITATION IN TWO PATIENTS WITH APHASIA IN PERIOD AFTER THE HOSPITAL

V.V. Shtejnerdt

Krasnoyarsk State University named after prof. V.F.Voino-Yasenetsky

Abstract. This article provides an algorithm for the consistent use of the individual stages of the speech recovery period after the hospital using audio-visual material on the screen mode, biofeedback mode, and experience of the application of this method in two patients with aphasia.

Key words: aphasia, rehabilitation, biofeedback, verbal donation, the family verbal climate

Литература

1. Зачёсова И.А. Особенности речи в непринуждённом семейном общении / Теоретические и прикладные коммуникативные исследования. – Ярославль, 2003. – С. 31-35.
2. Павлова Н.Д. Интент-анализ дискурса // Теоретические и прикладные коммуникативные исследования. – Ярославль, 2003. – С. 19-25.
3. Похабов Д.В. Восстановление речевых функций у больных с моторной афазией методом референтной биоадаптации: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 1994. – 26 с.
4. Прокопенко С.В. Восстановление речевых и двигательных функций при поражении головного мозга на основе принципа референтной биоадаптации: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Иваново, 2000. – 28 с.
5. Руднев В.А., Прокопенко С.В. Новые принципы реабилитации двигательных и речевых функций человека. – Красноярск: Гротеск, 1999. – С. 50-53.
6. Руднев В.А. Методологические аспекты «речевого донорства» в опыте реабилитации и речемышлительной деятельности при афазиях // Актуальные вопросы неврологии и нейрореабилитации. – Красноярск, 2008. – С. 58-63.
7. Руднев В.А., Штейнердт В.В. Исследование темпоритмовой структуры речи методом её компьютерного преобразования у монозиготных близнецов и лиц, состоящих в близком родстве // Актуальные вопросы неврологии и нейрореабилитации. – Красноярск, 2008. – С. 64-76.
8. Цветкова Л. С. Афазия и восстановительное обучение / Учебное пособие. – М.: МПСИ, 2001. – 256 с.
9. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных /

Учебное пособие. – М.: МПСИ, 2004. – 424 с.

10. Шкловский В.М., Визель Т.Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. – М., 2000. – 96 с.

11. Шохор-Троцкая М.К. Речь и афазия. – М., 2001. 345 с.