

Белкина Ю. Б.
Среднеуральск, Россия

Belkina Y. B.
Sredneuralsk, Russia

**ВАРИАНТ КОМПЛЕКСНОГО
ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ
В НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ
ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА**

УДК 376.37

ББК 4437

Аннотация: В статье раскрыты основные направления восстановительного обучения пациентов после инсультов.

Ключевые слова: реабилитация, инсульт, афазия.

Сведения об авторе: Юлия Борисовна Белкина, логопед.

Место работы: Клинический институт Мозга Средне-Уральского научного центра РАН

Контактная информация: 620017
134 ауд., Тел.343 336-14-38

**OPTION COMPLEX
LOGOPAEDICS ALLOWANCES
IN NEUROREHABILITATION
AFTER STROKE**

Annotation: In this article the main directions of the restoration training of patients after stroke.

Key words: rehabilitation, stroke, aphasia.

About the author: Julia Borisovna Belkina, speech therapist.

Place of work: Clinical institutes Brain Middle Urals scientific Center RAMS

Екатеринбург, пр. Космонавтов, д. 26,

Наиболее частым последствием инсульта, черепно-мозговой травмы, нейрохирургического вмешательства являются нарушения речевой функции. По выходе из острого состояния больной начинает оценивать своё положение: невозможность речевого общения, социально-бытовую некомпетентность, неверие в возможность возвращения к труду. Всё это приводит к появлению депрессии, тяжёлых невротических состояний, суицидальных мыслей, которые и являются причиной социальной депривации [5].

Основной целью восстановительного обучения больных с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы являются преодоление речевых нарушений.

Речь – это использование языка

в целях общения. Сложная структура языка требует различных речевых умений: умение говорить и различать звуки речи, составлять из звуков слоги и слова, понимать их, умения составлять из слов предложения, используя правила грамматики, читать, писать.

Нарушения речи, состоящие в потере способности выражать свои мысли, проявляются в виде афазии и дизартрии.

Афазия — это расстройства речи, наступающие при поражении коры больших полушарий мозга. Ее развитие зависит от локализации мозгового поражения, особенностей патофизиологических процессов в головном мозге и т. д. Афазия бывает различных форм и степени тяжести — от незначительных затруднений в

артикуляции или названии предметов до полной потери понимания речи или речевого выражения мысли.

Дизартрия – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата. При дизартрии больные не теряют представления о звуках речи, буквах, словах, могут составлять предложения. Им мешает говорить парез (неполный паралич) органов артикуляции: губ, языка, мягкого нёба, голосовых складок, дыхательной мускулатуры.

В отличие от больных с афазией больные с дизартрией могут читать и писать, они хорошо понимают речь. Состояние их внутренней речи не претерпевает существенных изменений.

Наиболее частыми последствиями инсульта являются бульбарная и псевдобульбарная дизартрии.

В стволе мозга расположены ядра, от которых отходят черепно-мозговые нервы. Они расположены парами. Эти нервы связывают ядра с теми отделами коры головного мозга, которые дают двигательные команды исполнительным органам. Среди ядер черепно-мозговых нервов имеются такие, которые иннервируют органы артикуляции. При поражении ядер этих нервов возникает вялый парез или паралич органов артикуляции. Их мышцы становятся слабыми, язык «лежит» у нижних зубов, губы распухают, нёбная занавеска провисает. Объём движений этих органов резко ограничен, что приводит к выраженным

дефектам речи. Эта форма дизартрии носит название бульбарной.

При поражении специальных проводящих путей, соединяющих ядра черепно-мозговых нервов с определёнными участками коры головного мозга, возникает центральный спастический парез (псевдобульбарный парез), в этом случае страдают проводящие нервные пути, а не сами ядра. Псевдобульбарный парез характеризуется напряжением (гипертонусом) мышц. Объём движений органов артикуляции при этом также резко ограничен. Данную форму дизартрии называют псевдобульбарной. К псевдобульбарной дизартрии приводит поражение проводящих путей с обеих сторон (при одностороннем поражении дефицит движений чаще всего компенсируется) [2].

Во время первого посещения пациентом логопеда проводится комплексное логопедическое обследование всех аспектов речевой деятельности. Часто бывает сложно оценить речевой статус пациента, вследствие грубого ограничения подвижности органов артикуляции. В этом случае особое внимание уделяется способности больного писать, читать, выполнять сложные инструкции. В результате логопедического обследования неврологического обследования исключается возможность афатических нарушений и ведётся работа непосредственно по преодолению дизартрии.

Огромное значение в данном случае имеет мотивация пациента и

его родственников. Положительных результатов можно добиться только при ежедневных самостоятельных упражнениях.

При псевдобульбарной дизартрии тонус повышен по спастическому типу, часто наблюдается асимметрия в лицевой мускулатуре, сглаженность носогубных складок, опущение одного из углов рта, перекос рта в сторону при улыбке (парез лицевого нерва), резкая ограниченность подвижности губ, ограничение подвижности язычной мускулатуры (девиация в сторону поражения), тремор языка, ограничение подвижности нижней челюсти, нарушение голосообразования (недостаточная сила голоса, отклонения тембра), асинхронность дыхания и голосообразования, провисание небной занавески.

Каждое коррекционное занятие с пациентом начинается с логопедического массажа лицевой и губной мускулатуры, зондового массажа мышц языка и мягкого неба (в случае необходимости). При нарушении подвижности нёбной занавески наблюдается носовой оттенок голоса (назализация). Часто к этому присоединяются такие неречевые симптомы, как поперхивание, сложности при глотании (дисфагия).

В Клиническом институте Мозга Средне-Уральского научного Центра РАМН ведётся работа по преодолению дисфагии при помощи аппарата VocaSTIM, терапевтический эффект которого основан на принципе избирательной нейромы-

шечной электростимуляции. Перед началом терапии проводится диагностика в виде комплексной оценки сопротивления мышц при электрической стимуляции, именуемой коэффициентом аккомодации. В норме он составляет 2,5 и более.

Электротерапия при лечении дисфагии проводится в две стадии: так называемая стадия разогрева и собственно нейромышечная электрофонопедическая стимуляция, электроартикуляторная стимуляция.

Стимуляция проводится одновременно периферическая (с помощью тока генерируемого аппаратом VocaSTIM) и центральная (с помощью определенного для каждой степени поражения вокального упражнения).

При сильной или средней степени повреждения выполняются негласовые упражнения: покашливание, позёвывание, дыхательные упражнения с одновременной электростимуляцией.

В более лёгких случаях добавляются артикуляционные и гласовые упражнения (серии упражнений, состоящих из проговаривания гласных звуков, покашливания, имитации полоскания горла, глотания). Кроме того, в домашних условиях пациент выполняет комплекс упражнений, стимулирующих подвижность мягкого нёба: произвольное покашливание с активным выдохом и произнесением гласных звуков; позёвывание с произнесением гласных; полоскание горла с запрокинутой головой; произнесение единым импульсом соче-

таний «ммб-ммб-ммб», стимулирующее мышцы задней и боковых стенок глотки и др.

Во время логопедического занятия проводится обучение пациента (или, в случае пареза руки, его родственников) массажу лица и губ, активной и пассивной артикуляционной гимнастике.

При псевдобульбарной дизартрии показан расслабляющий массаж артикуляционной мускулатуры. Расслабление оральной мускулатуры достигается лёгким поглаживанием, похлопыванием мышц лица, шеи, губ, языка. Движения проводятся двумя руками в направлении от периферии к центру; они должны быть легкими скользящими, слегка прижимающими, но не растягивающими кожу.

Расслабление лицевой мускулатуры[1]:

- 1) поглаживание от середины лба к вискам;
- 2) поглаживание от бровей к волосистой части головы;
- 3) поглаживание от линии лба вокруг глаз;
- 4) поглаживание бровей от переносицы в стороны до края волос, продолжая линию бровей;
- 5) поглаживание от линии лба вниз через всё лицо по щекам, подбородку и шее;
- 6) легкие пощипывающие движения по краю нижней челюсти.

Затем выполняется комплекс упражнений для увеличения амплитуды движений лицевой мускулатуры.

Массаж губной мускулатуры [3]:

- поставив большой палец с внутренней стороны губы, а указательный с внешней, захватывать и перетирать пальцами мышцы, окружающие ротовое отверстие;
- захватить указательным и большим пальцами центр верхней (нижней) губы, перетирать между пальцами;
- захватить указательными и большими пальцами середину верхней и нижней губы, перетирать её между пальцами, одновременно поднимая нижнюю губу и опуская верхнюю;
- захватив указательными и большими пальцами середину верхней и нижней губы, подтягивать вверх и вправо (влево) верхнюю губу и, одновременно, вниз и влево (вправо) нижнюю.

Уже после нескольких сеансов массажа губная мускулатура становится более мягкой и подвижной.

После массажа губ пациент выполняет комплекс упражнений. При этом большое внимание уделяется произнесению гласных звуков. Обсуждается «рисунок губ» при произнесении каждого звука, тренируются перед зеркалом артикуляционные уклады, затем читаются таблицы слов, насыщенных отрабатываемыми звуками.

При резком ограничении подвижности языка произвольные движения практически невозможны. В таком случае выполняются пассивные движения органов артикуляции [4]. Их целью является активизация бездействующих мышц. Для выпол-

нения пассивной гимнастики кончик языка выводится из полости рта и удерживается логопедом (при помощи стерильной марлевой салфетки).

Пассивная гимнастика языка:

- выведение языка из ротовой полости вперёд;
- втягивание языка назад;
- опускание языка к нижней губе;
- поднятие языка к верхней губе;
- боковые отведения языка;

- придавливание языка ко дну ротовой полости;
- лёгкие, плавные движения языка в стороны.

Пассивная гимнастика губ:

- собирание губ в трубочку, производя движение к средней линии;
- растягивание губ в улыбку, фиксируя пальцы в углах рта;
- поднятие верхней губы вверх;
- опускание нижней губы.

Таблица 1.

Результаты лечения

	До лечения		После лечения		
	3 месяца после инсульта	6 месяцев после инсульта	3 месяца после инсульта	6 месяцев после инсульта	p
Число больных N=78 (100%)	48 (62%)	30 (38%)	48	30	
Парез связок	11 (23%)	2 (7%)	8 (17%)	2 (7%)	p=0,15
	p<0,01		p<0,01		
Гипертонус	48 (100%)	30 (100%)	29 (60%)	28 (93%)	p<0,01
			p<0,01		
Коэффициент аккомодации	1,5 ± 0,3	1,5 ± 0,3	2,1 ± 0,2	1,9 ± 0,2	p ₁ <0,05 p ₂ <0,05

Проанализированы результаты комплексного лечения в двух группах пациентов, объединенных в соответствии со сроками после инсульта: ранний восстановительный период 3 месяца и поздний восстановительный период 6 месяцев. До начала лечения в группе в раннем восстановительном периоде чаще встречался парез связок, но на лечение ответа не отмечено, что дает основание считать восстановление регресс пареза спонтанным саногенетическим процессом. Гипертонус

отмечен у всех пациентов в обеих группах. На фоне лечения отмечено достоверное его снижение, но значительный эффект достигнут у пациентов с началом лечения в раннем восстановительном периоде. До начала лечения коэффициент аккомодации был одинаково снижен в обеих группах, на фоне терапии он повысился, причем в большей степени в группе пациентов в раннем восстановительном периоде.

Обсуждение: оценка эффективности комплексной терапии диз-

артрии с применением различных методов логопедического подхода в сочетании с современным нейрофизиологическим методом направленной миостимуляции аппаратом VocaSTIM показала максимальную эффективность представленного комплекса у пациентов в раннем восстановительном периоде после перенесенного инсульта. В дальнейшем исследовании мы попытаемся сравнить результаты лечения основной группы с контрольной, в которую включим пациентов, получавших традиционный объем логопедической реабилитации.

Вывод: максимальный эффект логопедической коррекции дизартрии у пациентов после инсульта может быть достигнут в максимально ранние сроки после его развития.

Литература

1. Архипова, Е.Ф. Логопедический массаж при дизартрии / Е.Ф. Архипова. – М. : АСТ : Астрель; Владимир : ВКТ, 2008. – 123 с.
2. Визель, Т.Г. Как вернуть речь / Т.Г. Визель. – М. : Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 224с.
3. Новикова, Е.В. Зондовый массаж : коррекция звукопроизношения. Наглядно-практическое пособие / Е.В.Новикова. – М. : Издательство ГНОМ и Д, 2000. – 496с.
4. Приходько, О.Г. Логопедический массаж при коррекции дизартрических нарушений речи у детей раннего и дошкольного возраста / О.Г.Приходько. – СПб. : КАРО, 2008. – 160с.
5. Шкловский, В.М. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии / В.М. Шкловский, Т.Г.Визель. – М. : В.Секачев, 2000. – 96с.

© Ю. Б. Белкина, 2010