

9. Парамонова Л.Г. Дисграфия: диагностика, профилактика, коррекция. Санкт-Петербург : Детство-Пресс, 2006. 128 с.
10. Речевые нарушения у детей / под ред. Л.С. Чутко, О.В. Елецкой. Москва : МЕДпресс-информ, 2019. 446 с.
11. Садовникова И.Н. Нарушения письменной речи и их преодоление у младших школьников. Москва : Владос, 1997. 250 с.
12. Тараканова А.А. Особенности операций мышления и их коррекция у младших школьников с нарушениями письма. Москва : Форум, 2016. 176 с.
13. Швачкин В.Х. Развитие фонематического восприятия речи в раннем возрасте // Возрастная психоллингвистика / сост. К.Ф. Седов. Москва : Лабиринт, 2014. С. 113-143.

УДК 376.3

Е.В. Усенкова, П.С. Кулакова

Персонализированный подход в восстановлении речи у пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения в остром периоде

DOI 10.20323/978-5-00089-474-3-2021-298-306

Аннотация. В данной статье авторы предлагают восстановление речи у пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения с учетом персонализированного подхода и в рамках острого периода. Предлагаются пути реализации исследуемого персонализируемого подхода и намечаются перспективы дальнейших реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: инсульт, острый период, афазия, реабилитация, диагностика, персонализированный подход, информационно-коммуникативные компетенции, восстановительное обучение.

E.V. Usenkova, P.S. Kulakova

Personalized approach to speech recovery in patients with acute cerebral circulatory disorders in the acute period

Abstract. In this article, the authors propose the restoration of speech in patients who have suffered an acute cerebral circulatory disorder, taking into account a personalized approach and within the acute period. The ways

of implementing the studied personalized approach are proposed and the prospects for further rehabilitation measures are outlined.

Keywords: stroke, acute period, aphasia, rehabilitation, diagnosis, personalized approach, information and communication skills, rehabilitation training.

Ежегодно в мире увеличивается количество людей, имеющих те или иные ограничения в состоянии здоровья. Этот процесс обусловлен генетическими, психофизическими, экологическими, психологическими и социальными факторами. Современные исследования утверждают, что количество людей, имеющих нарушения речевой функции, значительно увеличилось. Одной из причин может быть острое нарушение мозгового кровообращения различного генеза.

Острое нарушение мозгового кровообращения (далее - ОНМК) - это патологическое состояние, возникшее в результате ишемии головного мозга или внутримозгового кровоизлияния, представленное очаговыми неврологическими и / или общемозговыми нарушениями.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (далее - ВОЗ) инсульт является причиной смерти 6,7 млн. человек во всем мире, отмечается тенденция к увеличению числа пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения, а также к их «омоложению». По данным статистики, в России более 450 тысяч человек ежегодно переносят инсульт, 30% больных составляют люди трудоспособного возраста (мужчин и женщин 3:1), а 75-80% пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, становятся нетрудоспособными.

Наиболее частыми речевыми расстройствами после перенесенного ОНМК являются афазия и дизартрия, которые могут сочетаться с патологией других высших психических функций (апраксия, агнозия), гемипарезами и психическими расстройствами.

В настоящее время общепринятой является нейропсихологическая классификация афазии А.Р. Лурия, предложенная в 1947 году. В ней выделяется шесть форм афазий: эфферентную моторную, афферентную моторную, динамическую, акустико-гностическую сенсорную, акустико-мнестическую, семантическую. В ее основе лежит установленная связь между симптомами нарушения высших психических функций (далее - ВПФ) и местом локализации поражения головного мозга. ОНМК может приводить к ограничению нормальный

жизни пациента и нарушению когнитивных функций. Под когнитивными нарушениями вследствие инсульта принято понимать любые расстройства психических функций, имеющие временную связь с мозговой катастрофой. Выделяют три варианта когнитивных нарушений:

- монофункциональные когнитивные нарушения, выражены расстройством одной когнитивной функции (афазия, агнозия и т.д.);
- множественные когнитивные нарушения (сочетания нескольких нарушений ВПФ);
- множественные когнитивные нарушения, связанные с нарушением социальной адаптации.

По определению ВОЗ, реабилитация - это комбинированное и координированное применение социальных, медицинских, педагогических и профессиональных мероприятий с целью подготовки и переподготовки индивидуума для достижения оптимальной его трудоспособности. Очень важно для дальнейшей социализации пациента после перенесенной мозговой катастрофы применить персонализированный подход в восстановлении речи на раннем этапе нейрореабилитации, а именно, в остром периоде.

Ранний этап нейрореабилитации или стационарный, начинается в отделении анестезиологии и реанимации (далее - ОАР) в палатах интенсивной терапии и осуществляется согласно приказу от 28.12.1998 №383 «О специализированной помощи больным при нарушениях речи и других высших психических функций». Важным моментом является ранняя госпитализация, медицинская и логопедическая диагностика, интенсивная терапия, предупреждение осложнений и назначение лечения, восстановления нарушенных функций.

Диагностическое обследование проводилось на базе ГБУЗ ВО «ОКБ» в неврологическом отделении для больных с ОНМК.

В состав исследуемой группы вошли пациенты, в анамнезе которых были такие неврологические диагнозы, как: ишемический инсульт в бассейне левой мозговой артерии, ишемический инсульт в бассейне левой/правой средней мозговой артерии (СМА), геморрагический инсульт с формированием внутримозговой гематомой в левой гемисфере, ишемический инсульт в вертебрально-базилярном бассейне (ВББ). В состав экспериментальной группы вошло 15 человек в возрасте от 52 до 87 лет (мужчин - 5 человек - 33,3% / женщин - 10 человек - 66,7%). Обследование начиналось в отделении интенсивной терапии в утренние часы и включало в себя: оценку уровня

сознания (шкала Глазго)– врач-невролог; диагностика речи - логопед-афазиолог.

При стабилизации физического и нейродинамического состояния пациента на третьи сутки переводили из отделения интенсивной терапии в отделение неврологии для пациентов с ОНМК. В отделении проводилась повторное логопедическое обследование, изучалась и принималась во внимание медицинская документация, нейровизуализационные исследования (МРТ головного мозга, КТ головного мозга) и составлялась программа когнитивной (речевой) реабилитации.

На раннем этапе нейрореабилитации в остром периоде было проведено четыре диагностических обследования по методике скрининг - диагностики больных с афазией (М.М., С.В. 2017 г.) для подтверждения или опровержения речевого диагноза «афазия». Первое - на первые сутки, второе обследование проводилось на 3 сутки, третье на 7-8 сутки, четвертое 14-15 сутки.

Данная методика апробирована с учетом задач исследования, возрастных особенностей пациента, очага поражения головного мозга и тяжести состояния обследуемого пациента. При дальнейшей диагностико-коррекционной работе, можно было проследить динамику восстановления речи.

В данную методику вошли следующие модули:

1. Модуль «Грубая сенсомоторная афазия» включал: ситуативную беседу. (максимальная оценка - 3 балла); автоматизированную речь (максимальная оценка - 2 балла); описывание стойких речевых конструкций (максимальная оценка - 2 балла); понимание простейших речевых инструкций, таких, как «закройте глаза», «откройте рот», «надуйте щёки» (максимальная оценка - 4 балла).
2. Модуль «Акустико-гностическая афазия» включал: показ сюжетных картинок по инструкции (максимальная оценка - 4 балла); показ предметных картинок (максимальная оценка - 4 балла); раскладывание подписей под предметными картинками (максимальная оценка - 4 балла); фонематическое восприятие (повтор серии слогов и слов) (максимальная оценка - 6 баллов); составление слов из букв, причем первая буква в каждом загаданном слове дана, одна из букв лишняя (максимальная оценка - 4 балла).
3. Модуль «Акустико-мнестическая афазия» включал: показ недорисованных предметных картинок (максимальная оценка – 4 балла); объяснение функциональных значений предметов (максимальная

оценка - 5 баллов); подбор пары слов по аналогии (максимальная оценка - 3 балла); слухоречевая память на серию слов (максимальная оценка - 2 балла); текст (максимальная оценка - 4 балла).

4. Модуль «Семантическая афазия» включал: зрительно-пространственного восприятия пропорций (максимальная оценка – 1 балл); зрительно-пространственное восприятие наложенных изображений (максимальная оценка - 3 балла); схема тела (максимальная оценка - 4 балла); определить время на картинке с часами (максимальная оценка - 2 балла); счетные операции (максимальная оценка - 3 балла); понимание переносного смысла слов. Инструкция - предъявляются стойкие речевые выражения и варианты их объяснения (максимальная оценка - 2 балла); решение логико-грамматических конструкций (максимальная оценка - 2 балла).

5. Модуль «Эфферентно-моторная афазия» включал: воспроизведение дзавтоматизированных рядов (максимальная оценка - 2 балла); графический праксис (максимальная оценка - 2 балла); составление слов из слогов (максимальная оценка - 2 балла); составление слов из букв, первая буква дана (максимальная оценка - 4 балла).

6. Модуль «Афферентно-моторная афазия» включал: автоматизированное чтение (максимальная оценка - 1 балл); дописывание слогов (максимальная оценка - 2 балла); составление слов из букв (максимальная оценка - 1 балл); отгадывание кроссворда (максимальная оценка - 10 баллов); дезавтоматизированное письмо (максимальная оценка - 2 балла). Для оценки выраженности речевых нарушений под каждым модулем считалось количество набранных баллов.

Продолжительность диагностико-коррекционной работы в среднем составляла 45 минут и зависела от тяжести поражения морфофункциональных зон головного мозга после перенесенного инсульта и нейродинамического компонента психической деятельности пациента.

В данном эксперименте принимали участие пациенты раннего этапа реабилитации с различными формами афазии и их комбинациями. Так в логопедическом речевом заключении чистые сенсорные формы афазии имели 20% испытуемых, чистые моторные, включая комбинацию разных моторных форм -26,6%, чистую акустико-

мнестическую форму афазии имели - 40%, сочетанную форму афазии имели в диагнозе - 13,4% (сенсомоторная, сенсорная с акустико-мнестическим компонентом).

Стоит отдельно отметить, что на раннем этапе нейрореабилитации в остром периоде возможна вариативность форм афазии и диагностируются сочетанные формы афазии, что требует в дальнейшем персонализированного подхода в восстановлении речи у пациентов. На основании результатов диагностики была составлена программа индивидуальных восстановительных логопедических занятий при афазии на раннем этапе нейрореабилитации.

Цель коррекционных/восстановительных занятий: представить и определить организационно-методические аспекты восстановительного обучения на раннем этапе с учетом персонализированного подхода к восстановлению речи у пациентов, перенесших ОНМК.

Педагогические и коррекционные принципы построения логопедической работы:

- персонализированный подход: в зависимости от характера и тяжести нарушения речи пациентов с афазией, а также их психологических особенностей подбираются необходимые методы и формы коррекционно-восстановительного воздействия;

- наглядность: используется наглядный материал как опора на сохранный анализатор пациентов для более эффективного проведения коррекционно-восстановительных занятий;

- доступность: предлагаются задания, инструкции, наглядный материал в соответствии с возможностями пациентов;

- систематичность и последовательность: в процессе реализации программы восстановительного обучения, занятия проводятся систематично и последовательно;

- прочность: происходит закрепление полученных знаний, умений и навыков на занятиях в процессе последующей коррекционно-восстановительной работы;

- принцип связи речи с другими сторонами психического состояния пациентов: восстановление речи зависит от состояния других психических процессов.

Логопедическая работа по восстановлению речевой функции пациентов с афазией на раннем этапе реабилитации осуществляется поэтапно.

На первом этапе – подготовительном - проводится индивидуальная работа с каждым пациентом по налаживанию эмоционального контакта.

На втором этапе проводится комплексная восстановительная работа с учетом персонализированного подхода, составленная на основе применения методических приемов и отдельных упражнений, описанных в работах М.К. Шохор-Троцкой, В.В. Оппель, Т.Г. Визель, Л.С. Цветковой.

Прежде чем перейти к описанию направлений восстановительного обучения, необходимо указать методические аспекты, которых нужно придерживаться во время восстановительного обучения с учетом персонализированного подхода: в связи с повышенной истощаемостью пациента показаны короткие занятия (по 10-15 минут) 2-3 раза в день; в дальнейшем продолжительность занятий увеличивается до 30-45 минут (1 раз в день), желательно ежедневно, но не реже 3 раз в неделю.

По результатам обследования пациентов с афазией были определены следующие общие направления восстановительного обучения, но выбор структуры занятия, зависит от формы речевого нарушения.

Приведем ряд примеров качественной оценки речевой функции у пациентов с афазией на раннем этапе нейрореабилитации после проведения восстановительного обучения с учетом персонализированного подхода.

Пример 1. Пациент Б. Виктор Николаевич, 63 года (эфферентная моторная афазия). На 1 сутки в отделении интенсивной терапии была диагностирована сенсомоторная афазия грубой степени выраженности (по модулю набирает 5 баллов) и афферентная моторная афазия грубой степени выраженности (1 балл по модулю). При проведении повторного обследования на 3 сутки была выявлена эфферентная моторная афазия грубой степени выраженности (по модулю набирает 2 балла); грубой сенсомоторной афазии - не диагностируется (пациент набирает 11 баллов); афферентно-моторная афазия остается грубой степени выраженности (6 баллов по модулю). При обследовании на 7-8 сутки диагностируется только эфферентная моторная афазия грубой степени (4 балла); афферентно-моторной афазии-нет. Обследование речевой функции пациента на момент выписки (14-15 сутки) показало эфферентную моторную афазию средней степени выраженности (7 баллов по модулю).

Таким образом, мы видим, что в процессе восстановления речевой функции у пациента, перенесшего ОНМК в остром периоде преобладает вариативность форм афазий разной степени выраженности. Применение персонализированного подхода в диагностико-коррекционном процессе позволяет более детально составить программу восстановительного обучения речевой функции пациента с учетом изменяющихся форм афазий.

Пример 2. Пациент А. Николай Владимирович, 65 лет (тотальная афазия).

На 1 сутки в отделении интенсивной терапии была диагностирована тотальная афазия (по модулю набирает 0 баллов). При проведении повторного обследования на 3 сутки была выявлена афферентно-моторная афазия грубой степени (по модулю набирает 1 балл); грубая сенсомоторная афазия (по модулю набирает 2 баллов). При обследовании на 7-8 сутки диагностируется эфферентная моторная афазия грубой степени (2 балла); афферентно-моторной афазии грубой степени (3 балла); грубая сенсомоторная афазия (9 баллов). Состояние речевой функции пациента на момент выписки (14-15 сутки) резко ухудшилось из-за случившегося микроинсульта. При обследовании было выявлено снижение прогресса занятий к регрессу: сенсомоторная афазия грубой степени (2 балла по модулю); афферентно-моторная афазия (1 балл).

Анализ результатов применения персонализированного подхода в восстановлении речевой функции у пациентов, перенесших ОНМК в остром периоде показал положительную динамику.

У некоторых пациентов рост менее ощутим. Это связано с тем, что каждый пациент индивидуален и возможности коррекции зависят от состояния сознания, его психосоматического состояния, вида инсульта, очага поражения головного мозга и его размера. Все эти факторы следует учитывать при анализе эффективности проведенной работы.

Для успешного продолжения восстановления речевой функции пациента разрабатывалась программа дальнейшей маршрутизации и рекомендаций для родственников или лиц их замещающих. Дальнейшая реабилитация пациента продолжается в центрах патологии речи и нейрореабилитации («Железнодорожная больница» г. Владимир, ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова», «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» и т.д.), в санаториях или в домашних условиях.

Таким образом, персонализированный подход к пациентам, в восстановлении речи в остром периоде перенесших острое нарушение мозгового кровообращения будет являться эффективным средством для дальнейшего восстановления речи на втором и третьем этапах нейрореабилитации.

Библиографический список

1. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии. Москва : АСТАстрель: Транзиткнига, 2005. 247 с.
2. Визель Т.Г. Приобретение и распад речи: монография. Барнаул : АлтГПУ, 2016. 289 с.
3. Виленский Б.С. Ишемический инсульт : справочник / Б.С. Виленский, Н.Н. Яхно. Санкт-Петербург : Фолиант, 2007. 75 с.
4. Маслова В.А. Введение в когнитивную лингвистику. Москва : Флинта, Наука, 2014. 296 с.
5. Гусев Е.И. Проблема инсульта в России // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2003. № 9. С. 3-7.
6. Бейн Э.С. Афазия и пути ее преодоления. URL: <http://www.detskiysad.ru/bolezni/afaziya04.html> (дата обращения: 25.11.2020).
7. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. URL: <http://online-knigi.com/page/225405> (дата обращения: 15.12.2020).
8. Приказ Минздрава РФ от 28.12.1998 №383 «О специализированной помощи больным при нарушениях речи и других высших психических функций». URL: <https://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rf-ot-28121998-n-383/> (дата обращения: 23.01.2021).
9. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1705н «О Порядке организации медицинской реабилитации» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 22 февраля 2013 г. Регистрационный № 27276). URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/9110-poryadok-organizatsii-meditsinskoj-reabilitatsii-utv-prikazom-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoj-federatsii-ot-29-dekabrya-2012-g-1705n>] (дата обращения: 15.12.2020).