

Т.Г. Визель, Т.С. Колесникова, Ю.А. Елисеева

ФГУ МНИИ психиатрии Росздрава, г. Москва

Об одном из вариантов сенсорной афазии

About one of the variants of sensory aphasia

УДК 616.83

Аннотация. Статья посвящена одному из наиболее тяжелых нарушений речи у взрослых – афазии. Описан один из ее вариантов – сенсорная афазия, имеющая нестандартные клинические проявления. Приводятся результаты нейропсихологической диагностики больного, примеры допускаемых больным искажений в письменной речи. Обсуждаются причины развития данного синдрома афазии.

Summary. The article is devoted to one of the most serious speech disturbances of adults – aphasia. It is described one of its variants there – sensory aphasia, which has nonstandard clinical implications. There have been given some results of neuropsychological diagnostics of a patient and examples of his mistakes in written speech. The reasons for development of the given syndrome of aphasia are discussed in the work.

Ключевые слова: сенсорная афазия, диагностика, нарушения, ошибки, компенсация.

Key words: sensory aphasia, diagnostics, disturbances, mistakes, compensation.

Сенсорная афазия впервые описана К. Wernice (Вернике) в 1874 году. Впоследствии синдром сенсорной афазии подробно изучен А. Р. Лурией (1969) в рамках нейропсихологической концепции афазий [1]. А. Р. Лурия исследовал больных с поражением задней трети первой височной извилины левого полушария и нашел, что «основной дефект, возникающий как следствие поражения вторичных отделов слуховой коры, состоит в нарушении сложных форм слухового анализа и синтеза, и прежде всего, в нарушении фонематического слуха».

Наряду с этим, А. Р. Лурия указывает, что основным симптомом поражения верхневисочной области левого полушария является акустическая агнозия. Таким образом, по данному автору, расстройства и языкового, и гностического уровней речевой функции являются при сенсорной афазии ведущими, лежащими в основе синдрома. В результате у больных наблюдаются трудности понимания обращенной речи, смысл слов «отчуждается» от обозначающих их предметов. Устная речь становится сбивчивой, лишенной вещественных слов и заполненной большим числом парафазий. Звуковые оболочки слов теряют стабильность, звучание слова (по определению Э. С. Бейн, 1964) «ускользает» от больного, появляются логорея и wortsalat [2]. Темп речи возрастает, информативность высказывания резко падает. Больные не могут подвергнуть контролю качество своей речи, потому что не улавливают в ней искажений, появившихся в результате заболевания.

Вместе с тем, многие больные непроизвольно сохраняют присущую им речевую манеру, характеризующую их преморбидный языковой портрет. Это создает определенное стилистическое своеобразие их высказываний (Т. Г. Визель, 1989) [3]. Письменная речь больных также расстраивается, и в ней обычно находят отражение особенности устной речи и причины ее нарушений. А. Р. Лурия пишет: «Для письма требуется полная сохранность четкого фонематического слуха. При нарушении фонематического слуха мы наблюдаем распад звуковой структуры слов <...>, который лежит в основе письма». Таким образом, сенсорная афазия обычно представляет собой сложный симптомокомплекс расстройств, при котором специфическим образом нарушены все стороны импрессивной и экспрессивной речи».

Однако наша клиническая практика показывает, что встречаются больные с сенсорной афазией, у которых имеются определенные несовпадения клинической картины с той, которую описал А. Р. Лурия. Некоторые из таких синдромов, названные атипичными, описаны Т. Г. Визель (2002) [4]. В настоящей публикации мы представляем интересную, на наш

взгляд, и относительно редко встречающуюся диссоциацию в структуре речевого дефекта у больного с сенсорной афазией. Она состоит в том, что у больного при обследовании было практически сохранено понимание обращенной речи.

Собственная устная речь, включая повторение слов и бессмысленных речевых единиц, была нарушена, но негрубо, нарушения, характерные для сенсорной афазии, наблюдались редко. Вместе с тем, письмо этого больного было грубо пострадавшим. С особенной отчетливостью выступал распад звуковой структуры слов, в результате чего больной допускал многочисленные ошибки: списывал с ошибками, самостоятельное письмо или письмо под диктовку оказывалось практически невозможным, и больной записывал случайный, неадекватный набор букв, допускал ошибки типа замены оппозиционных фонем, перестановки звуков, не мог вычленивать отдельные фонемы. Картина распада его письменной речи полностью совпадала с той, которая характерна для сенсорной афазии (А. Р. Лурия, 1969; Э. С. Бейн, 1964 и др.) [1, 2]. Именно нарушения письма позволили речевое расстройство у данного больного квалифицировать как сенсорную афазию.

Далее приведено клиническое наблюдение, демонстрирующее механизмы заболевания и структуру речевого дефекта больного, а также особенности способов компенсации нарушений речевых функций.

Больной Сив-к Е.Н. (36 лет) 1973 г.р., и/б № 1112. Поступил в Центр 23.07.10 года для прохождения курса нейрореабилитации.

Anamnesis vitae: Больной имеет средне-специальное образование. Знает два языка итальянский (свободно) и китайский, работает в строительной компании, архитектором-дизайнером. Группы инвалидности нет, больной является временно нетрудоспособным, имеет больничный лист.

Anamnesis morbid: 06.03.10 года плохо себя почувствовал на улице после работы, потерял сознание, упал – ударился головой, очнулся уже в нейрохирургическом отделении ГКБ № 1, была проведена первичная обработка ран головы. От дальнейшей госпитализации отказался. Самостоятельно 07.03.10 года вернулся на работу, где к середине дня почувствовал себя плохо: усилилась головная боль, головокружение, беспокоила боль в области раны, самостоятельно вызвал СМП, был госпитализирован снова в нейрохирургическое отделение ГКБ № 1. В отделении состояние ухудшилось – уровень сознания снизился до комы. Был выписан 21.04.10 года с диагнозом: открытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга средней тяжести. Перелом костей носа без смещения. Эмпиема в левой лобно-височно-теменной области. Абсцессы теменной доли левого полушария.

Данные инструментальных исследований: КТ головного мозга с контрастированием (31.03.10 г.): эмпиема в левой лобно-височно-теменной области 8 см³, отек-ишемия левой лобной доли 14 см³. Абсцессы теменной доли левого полушария. Ретробульбарная гематома + инфильтративные изменения с нагноением в передне-верхних отделах левой орбиты, что полностью подтверждают статус больного.

Ds: Посттравматическая энцефалопатия. Левосторонняя пирамидная недостаточность. ИБС. Артериальная гипертензия. Сенсорная афазия.

Результаты нейропсихологического обследования при поступлении: пациент ориентирован в месте, во времени, собственной личности; контакт возможен, но вступает неохотно. Критика снижена, несколько тревожен, адекватного поведения. Отмечаются грубые нарушения нейродинамических процессов психической деятельности, проявляющиеся в повышенной истощаемости, колебаниях произвольного внимания, трудностях включения в задание и переключения с одного вида деятельности на другой, инертности, инактивности, флуктуации возможностей.

Импрессивная речь: первичных нарушений фонематического восприятия не выявлено. Больной выполняет простые устные инструкции, сложные (многочленные) не всегда. Объем слухоречевой памяти сужен (3-4 элемента), отмечается слабость слухоречевых следов. На истощении отмечаются парагнозии, явления отчуждения смысла слова. Первичные расстройства понимания обращенной речи отсутствуют. Иногда отмечается «псевдоотчуждение смысла слова», обусловленное трудностями нейродинамического характера, трудностями включения в задание.

Экспрессивная речь: спонтанная речь представлена достаточно развёрнутыми по синтаксической структуре фразами, которые нередко носят, однако, стереотипный характер (использо-

вание речевых штампов). Аграмматизмы единичны. Словарь представлен разнообразной лексикой, имеются отдельные литеральные и вербальные парафазии, персеверации. Несколько увеличен латентный период актуализации малочастотных слов. При серийном предъявлении названий предметов и частей тела иногда возникает отчуждение смысла слова. Отмечаются трудности называния, преимущественно предметов. Повторение фраз зависит от сложности фразы, требуется неоднократное предъявление, например, сыворотка из-под простокваши – сыворот из простоке; крыша дома, стоящего на опушке леса, покрыта мхом – крышка леса ... крышка леса ... крышка дома покрыта мхом и др.

Аграмматизмы в собственной речи редки, имеются лишь паузы, свидетельствующие об определенных трудностях формулирования мысли и изменения просодической (темповоритмической) стороны высказывания, которое снижено по уровню разборчивости, слова произносятся убыстренно и «свернуто».

Автоматизированная речь доступна, перечисление дней недели, порядковый счёт сопровождается подкрепительным жестом (загибанием пальцев). Дезавтоматизированная речь нарушена: при обратном перечислении дней недели отмечаются персеверации. Качество пересказа зависит от длины и сложности рассказа, отмечаются трудности удержания сюжетной линии (табл. 1).

Таблица 1

Текст	Больной
ХОЗЯЙКА И МЫШИ У хозяйки в погребе мыши съели сало. Тогда хозяйка впустила в погреб кошку, а кошка съела и сало, и сливки и рыбу.	У хозяйки образовались мыши. Хозяйка пустила кота, а кот съел сливки, мышей.

Праксис: во всех видах динамического праксиса – упрощение программы, персеверации.

Письмо грубо нарушено (рис. 1, 2). Даже при списывании отмечаются грамматические ошибки, замены по акустической близости, замены предложных окончаний. Письмо под диктовку – замены по акустической близости и общности зрительного образа, глубинные персеверации / БА-ФА; ЛА-ПА; ВА-ФА. Больной так записывает продиктованные слова велосипед, ромашка, подоконник:



Рис. 1. Письмо под диктовку

Инструкция: *Напишите вопрос!*

Кто делится

Вопрос: Что вы написали?

Больной: Кто это.

Инструкция: *Напишите фразу.*

Лев!

Вопрос: Что вы написали?

Больной: Лев.

Рис. 2. Спонтанное письмо

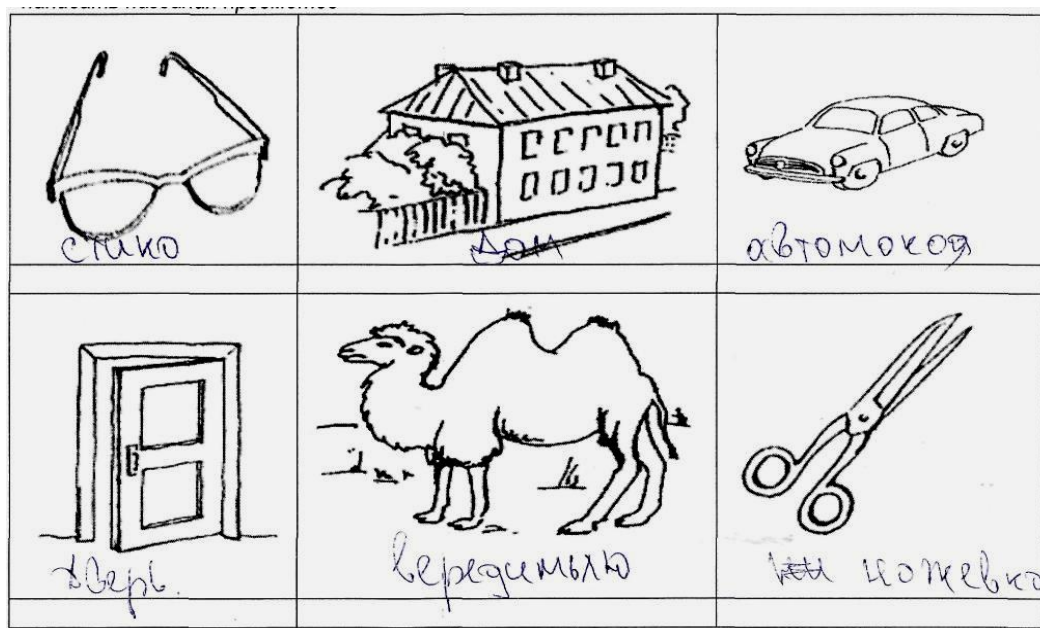


Рис. 3. Подписи к картинкам

Как видно из рис. 3, на сделанных больным подписях присутствуют многочисленные вербальные и лтеральные парафазии, пропуски и перестановки букв, антиципации. Чтение с грубыми искажениями, понимание смысла текста неполное, зависит от объёма и сложности текста. Чтение угадывающее, больной пропускает слова, заменяет слова близкими по смыслу словами. Счёт: первичных нарушений не выявлено. Наблюдаются трудности включения в этот вид деятельности. Ошибки обусловлены флуктуациями возможностей.

Предметный зрительный гнозис не нарушен (рис. 4). Зрительный гнозис при изображении геометрических фигур грубо расстроен (рис. 5).

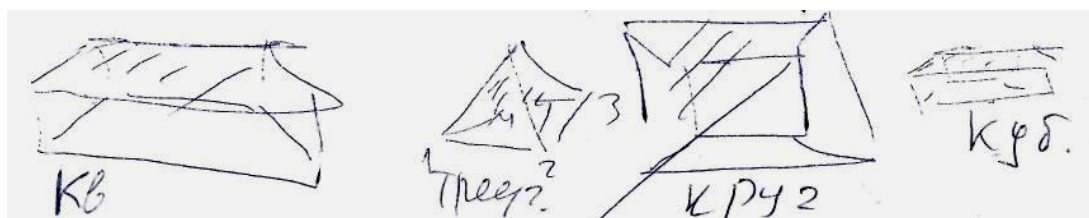


Рис. 4. Дорисовывание геометрических фигур

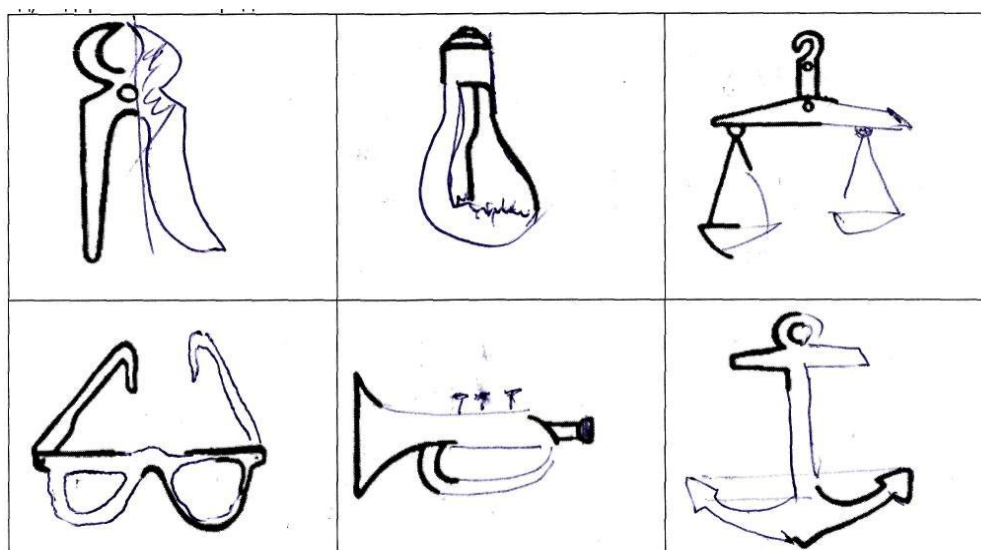


Рис. 5. Дорисовывание предметов

Память: объём слухо-речевой памяти сужен до 2-3 элементов.

Интеллектуальные процессы: решение арифметических задач невозможно из-за трудностей понимания условий задачи. Интерпретация пословиц и поговорок затруднена (вместо интерпретации смысла больной говорит, что «это пословица»).

Таким образом, описанная картина афазии у больного характеризуется наличием в структуре дефекта диссоциации между состоянием устной и письменной речи.

Суммируем кратко еще раз основные особенности устной и письменной речи больного. Устная речь развернута, используемая разговорная лексика достаточна по объему. В то же время на письме имеются грубейшие искажения звуко-буквенного состава слова с многочисленными антиципациями, контаминациями, недописываниями слов и вставными элементами. В приведенных на рисунке 3 образцах письма больного прослеживаются интересные искажения по типу соединения (контаминации) фрагментов двух слов, относящихся к ассоциативному кусту, всплывающему при попытке написания заданного слова.

Возможно, такая нестандартная картина соотношения нарушений в устной и письменной речи объясняется индивидуальными особенностями мозговой организации речевой функции больного. Можно предположить, что у данного больного функционально высоко активно интактное правое полушарие, что и сыграло решающую роль в спонтанной компенсации дефекта устной речи. Такой механизм регресса нарушений принято связывать с наличием левшества или амбидекстрии (Т. А. Доброхотова, Н. Н. Брагина, 1977; Э. С. Симерницкая, 1978; А. В. Семенович, 1991; М. К. Бурлакова, 1997 и др.) [5, 6, 7, 8, 9].

Подтверждением этой версии являются, как мы думаем, и особенности устной речи больного, а именно ее свернутость, характерная для функционирования «правого мозга» вообще (симультантные тенденции). Грубость же расстройств письменной речи вытекает из того факта, что оно труднее других функций компенсируется за счет правого полушария, так как письмо требует линейных, сукцессивных, то есть специфически левополушарных, действий. Компенсация письма за счет опоры на оптический канал также оказалась не актуальной, поскольку у пациента имеется оптическая агнозия на рисованные знаки, отчетливо распознаваемая на рисунке 5.

Что касается несовпадения результатов топического диагноза КТ-исследования и нейропсихологического обследования, то оно объясняется: а) достаточно частыми для клиники локальных поражений мозга явлениями патологического влияния пораженной зоны, в данном случае, теменной, на пограничную височную; б) результатами спонтанных компенсаторных процессов, меняющих картину функционирования различных зон мозга.

Представляется, что выявленные диссоциации в симптомокомплексе расстройств больного имеют теоретический и практический интерес и ещё раз показывают необходимость индивидуального подхода к каждому случаю речевого расстройства. Кроме этого, они позволяют расширить представление о разнообразии клинических проявлений картины афазий, в частности, ее сенсорной формы.

Литература

1. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека. М.: МГУ, 1969. 504 с.
2. Бейн Э. С. Афазия и пути ее преодоления. М.: Медгиз, 1964. 220 с.
3. Визель Т. Г. Особенности языковой личности больного с афазией и проблема межполушарной асимметрии мозга. «Язык и личность». М.: Наука, 1989.
4. Визель Т. Г. Атипичные афазии: автореф. дисс... докт. психол. наук. М., 2002.
5. Доброхотова Т. А., Брагина Н. Н. Функциональная асимметрия и психопатология очаговых поражений мозга. М.: Медицина, 1977.
6. Симерницкая Э. Г. Доминантность полушарий. Нейропсихологические исследования / под ред. А. Р. Лурии. Вып. 107. М.: МГУ, 1978. 95 с.
7. Семенович А. В. Межполушарная организация психических процессов у левшей. М.: МГУ, 1991. 95 с.
8. Бурлакова М. К. Речь и афазия. М.: Медицина, 1997. 279 с.
9. Ахутина Т. В. Нейролингвистический анализ динамической афазии. М.: МГУ, 1975. 143 с.