

О. П. Пурцхванидзе

Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна, г. Москва

Диагностика состояния высших психических функций у больных с афазией в острой стадии заболевания

Diagnostics of the state of higher psychic functions among patents with aphasia in the acute stage of disease

УДК 616. 83

Аннотация. В статье обсуждаются актуальные вопросы особенностей психологического и когнитивного статуса больных, перенесших мозговую инсульт. Предлагается модифицированная система диагностики этих больных в острой постинсультной стадии. Нарушения речевой и других высших психических функций (ВПФ) рассматриваются как непосредственно связанные с состоянием более элементарных функций (уровнем сознания, эмоционального реагирования на ситуацию, праксисом еды, одевания и др.). Делается вывод, что для успешной нейрореабилитации данного контингента больных необходимо нейропсихологическое обследование их непосредственно после заболевания, ориентирующее в оптимальных видах помощи им.

Summary. In the article it is discussed urgent issues on peculiarities of psychological and cognitive state of patients had cerebral stroke. There is offered a modified system of diagnostics of the patients in the acute post-stroke stage. Disturbance of speech and other higher psychic functions are considered in direct connection with the state of more elementary functions (mentality, emotional response to situation, praxis of food and dressing, etc.). The author concludes that for successful neurorehabilitation the considered contingent of patients need neuropsychological examination straight after illness which is oriented to optimal help for them.

Ключевые слова: Инсульт, острая стадия, нейропсихологическая диагностика, речь, высшие психические функции, праксис и апраксия, гнозис и агнозия.

Key words: stroke, acute stage, neuropsychological diagnostics, speech, higher psychic functions, praxis and apraxia, gnosis and agnosia.

Наиболее частыми последствиями инсульта, требующими проведения активных реабилитационных мероприятий, являются двигательные нарушения и связанные с ними нарушения функции ходьбы и самообслуживания; когнитивные расстройства (загруженность сознания, снижение памяти, внимания, замедленность протекания психических процессов, в тяжелых случаях – снижение интеллекта); ослабление эмоционально-волевых процессов (депрессия, тревожность, спонтанность). Не менее значимыми в плане диагностики и реабилитации являются расстройства нейропсихологического спектра: различных видов гнозиса, праксиса, речевые расстройства, в частности, афазия, а также связанные с ней нарушения письма и чтения. К концу острого периода инсульта афазия, по данным А. С. Кадыкова (2003), наблюдается у 35,9% больных; по данным В. М. Шкловского (2006) – более чем у 50% больных [1, 2].

Следует отметить, что нейропсихологическая диагностика является одним из важнейших разделов постинсультной диагностики в целом. Существует множество ее разработок, активно используемых в клинической практике, среди которых наиболее распространенной является система, разработанная А. Р. Лурией (1962), а также ее различные модификации (В. М. Шкловский, Т. Г. Визель, 2005 и др.) [3]. Несмотря на высочайшую методологическую и содержательную ценность указанных методов, представляется уместным констатировать, что специфика обследования больных в острой стадии заболевания не раскрыта в них в полной мере.

Так, остается не вполне уточненным алгоритм интерпретации данных, получаемых при обследовании больных, в частности, не определена их иерархическая значимость. В связи с

вышеизложенным, дальнейшие разработки в этом направлении являются крайне актуальными, что и послужило основанием для проведения специального исследования, целью которого явилось уточнение способов обследования и анализа состояния речевой и других ВПФ в ранней постинсультной стадии заболевания.

Настоящее исследование осуществлялось на базе неврологического отделения ФМБЦ им. А. И. Бурназяна (Москва). В нем приняло участие 76 больных (42 мужчин и 28 женщин) с нарушениями речевой и других ВПФ в ранней постинсультной стадии, проходивших лечение в период с 2009 по 2011 гг. Больные госпитализировались по скорой помощи, сразу после начала заболевания. Возраст больных колебался от 24 до 72 лет.

Экспериментальная группа отбиралась из общего числа больных, проходивших лечение в отделении, при условии выхода их из состояния комы. Использовалась методика нейропсихологического обследования, дополненная с учетом специфики протекания острой стадии заболевания. Основанием для этих дополнений явились следующие предположения:

1. Изучению ВПФ в острой постинсультной стадии должно предшествовать наблюдение за состоянием наиболее важных показателей постморбидного статуса больных, определяющих психологический статус. В число указанных функций должны входить: уровень сознания, состояние эмоционально-волевых функций, а также функций еды и одевания, определяющих социализацию больных. В связи с этим в систему обследования были включены специальные тесты, составившие I блок методики, в который вошли такие пробы, как «ориентация в окружающем», «эмоциональные реакции», «степень осознанности факта занятий и выносливость», «праксис еды» и «акты одевания».

2. В обследование собственно речевых навыков должны включаться тесты по выявлению состояния не только различных сторон речевой деятельности, но и базисных неречевых (гностико-праксических) функций, составляющих с речевыми единую цепь. Это обусловлено тем, что способность понимать слова можно расценивать как способность, базирующуюся на умении распознавать неречевые шумы, способность произносить слова – как способность, базирующуюся на праксических действиях. Данные тесты составили II блок предлагаемой методики.

Этот блок состоял из 2-х основных подразделов:

А. Тесты на восприятие слов, содержащие следующую цепочку звеньев:

- неречевой слуховой гнозис, включая звукоподражания;
- речевой слуховой гнозис;
- фонематический слух;
- показ предметов и частей тела по их названиям.

Б. Тесты на воспроизведение слов:

- кинестетический пальцевый праксис;
- кинетический пальцевый праксис;
- оральный праксис;
- артикуляционный праксис – произнесение слов.

Как видим, в один тот же блок методики были введены тесты по узнаванию неречевых шумов, аморфных по форме и содержанию речевых стимулов; а также кистевые, пальцевые и оральные пробы. Собственно речевая слуховая способность, восприятие собственно речевых единиц (звуков речи, слов, фраз) оценивалась в связи с результатами обследования соответствующих неречевых способностей. Такая тактика обеспечивала возможность включения в систему диагностического исследования максимального числа базисных функций, которые в психическом онтогенезе составляют основу формирования обследуемой функции. Данный подход позволил осуществить корреляцию между состоянием гностико-праксических и состоянием речевых функций.

При разработке методики использовался тестовый и иллюстративный материал, содержащийся в блиц-схеме диагностического обследования Т. Г. Визель (2005) и альбоме В. М. Шкловского и Т. Г. Визель (1995) [3, 4]. К каждой пробе методики нами был приложен подробный комментарий, где описана цель выполнения пробы, основная патологическая

симптоматика, диагностическое значение пробы, приоритетные методы формирования и коррекции функции. По результатам выполнения каждой пробы указывается область поражения или патологического функционирования в мозге, фиксирующегося на момент обследования.

Количественная оценка результатов выполнения больными проб проводилась по четырехбалльной шкале (табл. 1).

Таблица 1. Количественная оценка состояния высших психических функций

Степень нарушения	Баллы
Норма (выполнил все задания)	0
Легкая (выполнил задания более, чем на 50%)	1
Средняя (выполнил задания на 25%)	2
Грубая (не выполнил задания)	3

Результаты исследования и их обсуждение

Психологический статус больных оценивался по результатам обследования группы с использованием тестов, составляющих I блок методики. Тест, обозначенный как «ориентация в окружающем», состоял в наблюдении за больным во время прихода к нему родственников, специалистов, во время занятий с ним.

С использованием данного теста оценивалось состояние сознания больного, ориентация в окружающем, эмоциональное реагирование, степень истощаемости. Нарушение ориентации в окружающем в острой постинсультной стадии было отмечено у 35% наблюдаемых больных. Результаты выполнения теста «ориентации в окружающем» представлены в таблице 2.

Таблица 2. Показатели состояния ориентации в окружающем

Выявленные нарушения	Количество больных	Средний балл
Не узнают родственников	21	3
Не узнают логопеда	31	3
Не узнают врача	22	3
Не понимают назначения предметов (чашка, ложка и т.п.)	26	2
Не понимают действий персонала по уходу и выполнению лечебных процедур	32	2

Следующий тест («эмоциональные реакции») состоял в наблюдении за мимикой больного в ответ на приход специалиста, на интонацию и смысл обращений к нему, а также на то, проявляет ли он эмоциональные знаки осознания болезни. Результаты выполнения теста «эмоциональные реакции» представлены в таблице 3.

Таблица 3. Показатели эмоционального состояния больных

Выявленные нарушения	Количество больных	Средний балл
Эмоциональные реакции отсутствуют	36	3
Эмоциональные реакции неадекватны негативизм, агрессия, «застывшие гримасы»	45	3
Эмоциональные реакции адекватны, но утрированы	14	2
Эмоциональные реакции сглажены (нивелированы)	10	1

Тест проводился на 2-3 день после поступления больного в стационар. Результаты проведенного исследования показали, что эмоциональные реакции у больных были грубо нарушены (отсутствовали) значительно реже, чем ориентация в окружающем. Часть больных, находясь в состоянии загруженности сознания, проявляла эмоциональное отношение при попытках контакта с ними, однако не всегда адекватно по содержанию и по степени выразительности. Следующий тест, включенный в I блок методики, («степень осознанности факта занятий и выносливость») включал фиксацию того, как больной воспринимает цель прихода логопеда, смысл задания, каково время его продуктивного внимания. Этот тест проводился через неделю после заболевания, по выходе большей части больных из состояния загруженности сознания. Было выявлено, что при способности осознавать свое состояние и достаточной ориентации в окружающем, больные не всегда понимали, для чего с ними проводились занятия, не выказывали мотивационных тенденций к ним (табл. 4).

Таблица 4. Показатели осознанности занятий и степени выносливости

Выявленные нарушения	Кол-во больных	Средний балл
Не понимают цель прихода логопеда	26	3
Понимают цель прихода логопеда, но не выказывает желания контактировать с ним	15	2
Вступают в осознанный контакт, но выказывают знаки протеста при предъявлении заданий	21	2
Соглашаются заниматься, но быстро истощается	35	1

Анализ результатов проведенных тестов показал, что больных с неполным нарушением осознания ситуации оказалось больше, чем больных с полным нарушением осознания ситуации. Сохранность этой функции обнаружилась у 34 больных из 76, подавляющее большинство из которых получило оценку в 2 балла, что означает среднюю степень выраженности дефекта. Кроме того, обнаружилось, что имеется определенная зависимость между способностью ориентироваться в ситуации, пространстве и степенью осознанности ситуации. Больные, получившие 3 балла по степени осознанности поведения, были несостоятельными и в других функциях. Наиболее устойчивыми у больных, даже при неполноте осознания ситуации, оказались показатели, полученные по шкале эмоционального реагирования.

Таким образом, диагностическая ценность тестов, включенных I блок методики, заключалась в том, что была выявлена степень нарушения обследуемых функций, свидетельствующая о загруженности больного в результате дишизных тормозных влияний на площади мозга, выходящие за пределы очага поражения, и в первую очередь, на лобные доли.

Следующий этап исследования с использованием тестов, также включенных в I блок методики, заключался в обследовании у больных сохранности социально значимых функций. Он проводился с группой больных, способных воспринимать и выполнять предъявляемые задания, у которых отсутствовала грубая загруженность сознания. Обследование включало выполнение больными двух тестов. Тест «праксис еды» состоял в наблюдении за больным во время приема пищи. Обследовались больные без правостороннего гемипареза. Исключались также больные с нарушением глотания. Диагностическое значение теста состояло в выявлении апраксии еды, свидетельствующей о грубом нарушении неречевого праксиса с возможной правосторонней заинтересованностью (больные с правосторонним гемипарезом в этом отношении считались непоказательными).

Всего больных с апраксией еды выявлено 14 человек (без гемипарезов и нарушений глотания). Добавим, что 25 больных с грубым правосторонним гемипарезом ели левой рукой, хоть и неловко; 2 больных не могли найти позу руки, в результате чего ложка не удерживалась.

живалась; 3 больных пылись есть ложкой, но неловко; лишь 1 больной отказался от еды с помощью ложки и 10 больных справлялись с едой.

В целом, при использовании теста были выявлены следующие нарушения: больной проявлял неспособность есть с помощью ложки; осуществлялись попытки еды с помощью ложки, но неловкие; больной не мог найти позу, с помощью которой можно было держать ложку; больной отказывался есть ложкой.

Тест «акты одевания» состоял в наблюдении за тем, как одевался больной. Этот тест был призван выявить, сохранились ли у больного навыки оперирования предметами одежды. Диагностическое значение теста заключалось в том, что неспособность выполнить действия, связанные с процессом одевания, свидетельствовали о наличии апраксии одевания, которую принято связывать с поражением правого полушария или же подкорковых координаций.

Тест «акты одевания» использовался применительно к 11 больным с отсутствием грубых параличей или парезов конечностей. Выявлено, что полная апраксия одевания была у 3 больных; неловкость одевания – у 4 больных; неспособность одеться – у 3 больных и отказ от одевания у 1 больного. В целом, в результате обследования были обнаружены следующие нарушения: больной пытался одеваться, но делал это неловко; больной не находил способа одевания; больной отказывался одеваться.

Речевые навыки больных изучались с использованием тестов, составляющих II блок использованной методики. Проводилось исследование восприятия слов, а также показателей, составляющих неречевой слуховой гнозис (или базисную неречевую предпосылку). Цель такой диагностики состояла в выявлении способности или неспособности больного к распознаванию неречевых шумов. Данная функция считается закрепленной за правым полушарием головного мозга. Следовательно, неспособность больного выполнить этот тест могла свидетельствовать о правостороннем поражении мозга. Однако нами учитывалось и то, что эта функция могла реципрочно нарушаться и в острой стадии левополушарного инсульта, что впоследствии повлияло на разработку программы восстановительного обучения.

Диагностика включала использование четырех тестов. При использовании теста «восприятие природных шумов» больному предъявлялись их звуковые образцы в магнитофонной записи (гром, ветер, буря, дождь, град и т. д.), в произвольном порядке. Больной должен был определить, какой природный шум прозвучал при каждом предъявлении.

При исследовании с использованием теста «восприятие предметных шумов» на стол выкладывались игрушки и реальные предметы (молоток, дрель, пила, пылесос и т. д.). Затем были предъявлены в произвольном порядке образцы их звучания и были заданы вопросы: «Вы узнали, что это?» Больной должен был показать соответствующий предмет.

При проведении теста «восприятие музыки» больным предъявлялись знакомые мелодии разных жанров (полька, марш, вальс, колыбельная и т. д.), а также песни в магнитофонной записи, например, «В лесу родилась елочка». Вопросы, заданные больным, звучали следующим образом: «Вы узнали эту мелодию? Про кого или про что она?»

При проведении теста «различение звукоподражаний» больному предъявлялись на слух различные стимулы (в диктофонной записи). Одни были построены на основе дифференциальных признаков звуков речи: шелест листьев, вой ветра, шум волн, шипение, свист, жужжание, мычание, рычание. Другой вариант включал предъявление звукоподражательных слов: «бум-бум», «тук-тук», «мяу», «ав-ав», «му-му», «ко-ко-ко», «ку-ка-ре-ку», «га-га-га», «жжж...», «ррр...», «шшш...», «ззз...». Далее следовала просьба показать предмет из числа изображенных на картинке, посредством которого могли издаваться эти звуки. Неспособность больного к дифференцированному восприятию звукоподражательных слов свидетельствовала о грубом нарушении функции речевого слухового гнозиса, что, как правило, бывает обусловлено очагом поражения в левой височной доле мозга.

Анализ показал, что у подавляющего числа больных, а именно: у 45 из 60 обследованных лиц, оказалось затруднено восприятие природных и предметных шумов. Различение звукоподражаний больных затрудняло в меньшей степени. Еще менее нарушенным у больных оказалось восприятие музыки, однако следует учитывать относительность поставленных

оценок, так как истинное положение вещей в отношении музыкальной функции оценить трудно, поскольку, как правило, неизвестно преморбидное владение ею. В таблице 5 приведены данные по состоянию у больных неречевого слухового гнозиса.

Таблица 5. Показатели состояния неречевого слухового гнозиса

Функции	Группы больных		
	0-1 балла	2 балла	3 балла
Восприятие природных шумов	12	38	10
Восприятие предметных шумов	12	33	13
Восприятие музыки	34	18	8
Восприятие звукоподражаний	13	27	20

Обследование у больных состояния речевой функции включало, в первую очередь, исследование речевого слухового гнозиса (импрессивную речь). Первый тест предполагал показ предметов по их названиям. Больному предъявлялись различные предметы, как реальные, находящиеся вокруг, так и изображенные на картинках, в том числе стилизованные. Некоторые из изображений были выполнены таким образом, что провоцировали к смешению с другими предметами (шляпа-сковорода, батон-расческа и пр.). Каждому больному было дано задание показать предмет по названию, воспринятому на слух. Неспособность соотнести слово с реальным и хорошо знакомым предметом свидетельствовала о наличии принципиально важного в контексте настоящего исследования отчуждения смысла слова, что преимущественно связано с поражением височной доли левого полушария, однако может иметь место и при поражении правого.

Следующий тест состоял в показе частей тела по их названиям. Больному называли ту или иную часть тела и просили показать ее. Неспособность показать часть тела свидетельствовала о наличии: а) отчуждения смысла слова на часть тела (поражение левой височной доли); б) аутогнозиса (потере представления о схеме тела), и соответственно, о поражении теменной доли слева. Отчуждение смысла слова у больных было более выражено в отношении предметных номинаций, нежели названия частей тела (табл. 6).

Таблица 6. Показатели состояния речевого слухового гнозиса

Функции	Группы больных		
	0-1 балла	2 балла	3 балла
Показ единичных предметов	8	26	16
Показ частей тела по их названиям	12	25	13

Следующий тест применялся для исследования сохранности фонематического слуха. Больному предъявлялись слова с оппозиционными фонемами и следовала просьба показать соответствующие предметы на картинках или же объяснить смысл этих слов. Использовались следующие пары слов с оппозиционными фонемами: бочка-почка; дочка-точка; ряд-ряд; день-тень; жар-шар; угол-уголь; мыла-мила. Нарушение фонематического слуха у больных являлось одним из наиболее значимых свидетельств поражения височной доли левого полушария.

Тест «слухоречевая память» состоял в предъявлении больному для повторения звукового ряда из 2-х, 3-х, 4-х, 5-и звуков: «а», «и», «у», «э», «о» и словесного ряда из разного количества слов: «нос», «кот», «лес», «пар», «стол». Дефект слухоречевой памяти свидетельствовал о поражении средне-височных областей левого полушария мозга.

Согласно полученным данным, практически все больные, в том числе и с моторной афазией, были не в состоянии правильно выполнить предметные обобщения по обозначающему слову; у них были нарушены фонематический слух и слухо-речевая память. Это явилось свидетельством отрицательного влияния имеющихся нарушений на понятийное мышление. С топической точки зрения, налицо была заинтересованность в патологическом про-

цессе левой височной доли, что проявлялось практически у всех больных, независимо от формы афазии, однако большую степень выраженности указанные нарушения имели при сенсорной афазии.

При дальнейшем анализе у обследованных больных были выявлены корреляции между нарушениями неречевого и речевого слухового гнозиса. У больных с сенсорной и сенсомоторной афазией, не способных различать неречевые шумы, импрессивная речь была расстроена гораздо грубее, чем у тех, которые неречевые шумы дифференцировали. Показатели, обозначающие грубую степень нарушения обеих функций, представлены в таблице 7.

Таблица 7

Функции	Группы больных		
	0-1 балла	2 балла	3 балла
Восприятие неречевых шумов	12	38	10
Восприятие слова (показ предметов и частей тела по их названиям)	9	39	14

В целом, анализ показал, что затруднения в опознании неречевых и речевых шумов имели место у сходного числа больных. При этом, чем менее была выражена неречевая слуховая агнозия, тем в меньшей степени она влияла на способность восприятия слова на слух. Такая корреляция расстройств неречевого и речевого слухового гнозиса представляется не случайной. Ее можно объяснить тем, что именно природные и предметные шумы являются, согласно данным лингвистики, первоисточником формирования фонетико-фонематической системы языка в антропо- и онтогенезе. Этот результат представляется важным в теоретическом и практическом отношении.

Согласно нашим представлениям, базисными для фонологической системы языка являются не только неречевые стимулы акустической модальности, но и двигательные акты, лежащие изначально в основе речевых (артикуляционных) движений (Т. Г. Визель, 2002) [6]. При исследовании зависимости речевой способности (импрессивной и экспрессивной) от состояния неречевых и речевых движений ставился вопрос о том, имеется ли корреляция между состоянием практических расстройств в орально-артикуляционной сфере и показателями неречевых движений?

Обследование неречевых и речевых движений включало несколько тестов. Первый из них представлял собой воспроизведение единичных кистевых и пальцевых поз (кинестетический праксис). Каждому больному было дано задание повторить ряд поз: поднести кисть к подбородку; к уху с монологической и контралатеральной стороны; ко лбу; воспроизвести позу «козы»; привести кисть в положение вверх, вниз, повернуть вправо, влево и пр. Неспособность выполнить действия могло являться свидетельством наличия у больного кинестетической апраксии (апраксии позы) и, соответственно, о поражении постцентральных зон головного мозга.

Следующий тест предполагал воспроизведение серий кистевых и пальцевых поз: кулак-ладонь-ребро; кулак-кольцо-ладонь и пр. Неспособность выполнить действия свидетельствовала о наличии у больного кинестетической апраксии и, соответственно, о поражении прецентральных (премоторных) зон левого полушария.

В рамках данной серии тестов было проведено исследование с использованием пробы на «символический кистевой и пальцевый праксис». Сначала больному просили показать жестами ряд символических действий, а именно: как хмурят брови, улыбаются, здороваются, прощаются, едят, пьют, рубят дрова, водят машину, посылают воздушных поцелуй. Затем следовало указание произвести ряд описательных действий, а именно: какой формы яблоко, арбуз, мяч, огурец, палочка; как показать, что человек высокий, низкий, худой и прочее. Данный тест состоял в выявлении способности использовать жесты и мимику для коммуникации с окружающими. Неспособность воспроизводить заданные позы могло свидетельствовать о поражении постцентральных (нижнетеменных) зон левого полушария головного мозга.

В результате проведенного исследования было выявлено, что у больных с сенсорной афазией практически не оказалось первичных нарушений кинестетического и кинетического праксиса, в то время как нарушения в неречевой слуховой сфере у них имели значительную степень выраженности. Данный факт свидетельствует, на наш взгляд, о большей значимости для речи слуховых дифференцировок, чем практической (двигательной) способности. Слух и речь, таким образом, более интимно связаны, чем речь и движение, хотя, безусловно, и эта связь имеет важное значение.

Интересный результат был получен нами при изучении зависимости между состоянием понимания речи, говорением и способностью больных к улавливанию и воспроизведению слога-ритмической структуры слова.

Задание на этом этапе заключалось в том, что слово произносили по слогам, ритмизировано и больного просили повторить его так же или маркировать слоговой ритм с помощью артикуляционно неформированных вокализаций. Тест был включен в исследование по той причине, что артикуляционные переключения необходимы для произнесения слова, они базируются на слога-ритмической структуре слова и, следовательно, состояние эфферентного артикуляционного праксиса в значительной мере определяется состоянием этой способности (Т. Г. Визель, 2009) [8]. Возможная патологическая симптоматика могла быть выражена следующими признаками: делением на слоги по случайному принципу; делением на однотипные слоги по формальному, а не ритмическому принципу; вставкой гласных в местах стечения согласных, благодаря чему могли возникать псевдослоги.

Неспособность выполнения речедвигательных проб являлась свидетельством наличия у больного эфферентной или афферентной артикуляционной апраксии и, соответственно, о поражении постцентральной или премоторной зоны левого полушария мозга.

Это могло означать, что у больных в острой постинсультной стадии произошло возвращение к закономерностям овладения фонологической системой языка в речевом онтогенезе, когда восприятие речи строится на базе неречевого. По данным литературы, способность различать речевые сигналы и понимать речь является знаком созревания левого (доминантного по речи) полушария мозга, а также того, что благополучно осуществляются процессы левополушарной латерализации (передачи необходимой для речи информации из ведущего в раннем возрасте правого полушария – левому) (М. Kiensbourne, 1985). По-видимому, в остром постинсультном периоде происходит компенсаторное оживление этих онтогенетически ранних полушарных взаимодействий. Случаев атипичных афазий, описанных Т. Г. Визель (2002), и что особенно важно, Н. М. Лапиной (2007), поскольку ее работа посвящена острому периоду развития афазий, нами не обнаружено [6, 7].

В целом, по результатам констатирующего эксперимента можно сделать следующие выводы:

1. Нарушения речевой и других ВПФ выступают у больных в острой постинсультной стадии на фоне загруженности сознания или других более легких нарушений процессов нейродинамики: осознания ситуации, ориентации в окружающем, расстройств эмоционально-волевой сферы и повышенной истощаемости.

2. Согласно полученным данным, наиболее тесно связаны между собой неречевой и речевой слуховой гнозис: наличие неречевой слуховой агнозии препятствует пониманию речи.

3. Наличие выраженных неречевых апракто-агностических расстройств у больных в острой постинсультной стадии позволяет сделать предположение, что они оказывают влияние на языковые функции больных, прежде всего, в рамках фонологической системы языка. Такой вывод трудно сделать по состоянию постморбидного статуса у больных в резидуальной стадии заболевания, когда картину «зашумляют» закономерные для того или иного варианта последствий перенесенного инсульта компенсаторные перестройки.

4. Присутствие субдоминантных нарушений при доминантных очагах связано, возможно, с реципрокным компенсаторным «ответом» контрлатерального очагу поражения полушария.

5. Обнаруживается зависимость степени грубости нарушений вербального компонента языковой системы, т.е. способности к использованию средств языка (фонологических, лексических и грамматических) от грубости нарушений невербального компонента этой языковой системы, и, следовательно, возвращение к закономерности, имеющей место в речевом онтогенезе. При этом мануальная (кистевая, пальцевая) апраксия играла меньшую отрицательную роль, чем оральная и артикуляционная.

6. Нарушения понимания речи оказались наиболее значимыми при сенсорной и сенсомоторной афазии, однако они являлись препятствием для коммуникации больных с окружающими и при других формах афазии.

Заключение

В остром периоде заболевания активны механизмы спонтанной компенсации, определяющие перестроечные изменения в картине дефекта. Они возникают на основе произвольного включения в реализацию функции оставшихся в резерве речевых и неречевых средств. Сходная точка зрения выдвинута Л. С. Цветковой, посвященной «новому в афазии» (2005, 2008) [9].

Задача восстановительно-коррекционного обучения – учесть эти тенденции и в остром периоде заболевания усилить те потенциальные возможности, которые относятся к наиболее произвольным видам восприятия и действий. Исходя из этого, нами были составлены программы, в которых ведущая роль принадлежала сенсорным (тактильным, зрительным и особенно слуховым) методам стимуляции больных. Разработанные приемы работы дали значительный положительный эффект. Содержание этого раздела исследования с описанием содержания и результатов работы с больными планируется нами как отдельная публикация.

Литература

1. Кадыков А. С. Реабилитация после инсульта. М.: Миклош, 2003.
2. Шкловский В. М., Фукалов Ю. А., Парцалис Е. М. и др. Организация специализированной помощи больным с очаговыми поражениями мозга в результате инсульта, черепно-мозговой травмы и других заболеваний центральной нервной системы (методическое письмо) / В. М. Шкловский [и др.]. М., 2006.
3. Шкловский В. М., Визель Т. Г. Карта нейропсихологического обследования больных с нарушениями высших психических функций: Иллюстрированный альбом. М., 1995. 61 с.
4. Визель Т. Г. Нейропсихологическое блиц-обследование. М., 2005. 24 с.
5. Kinsbourne M. The development of Cerebral Dominance // Handbook of clinical neurophysiology / Ed.S. Filskov, T. Boll., N.V. Wiley, 1981. P. 399-417.
6. Визель Т. Г. Атипичные афазии: автореф. дис. докт. психол. наук. М., 2002.
7. Лапина Н. М. Атипичные афазии. Восстановительное обучение на ранней стадии заболевания: методическое пособие для практикующих логопедов. М., Творческий центр СФЕРА, 2007.
8. Визель Т. Г. К вопросу о природе афазии // Дефектология. 2009. №5. С. 65-71.
9. Цветкова Л. С. Афазиология: современные проблемы и пути их решения. Воронеж, 2002. 640 с.