

УДК 612.821

Т.С. Колесникова,
Г.К. Гераськина

Об одном из вариантов подкорковой дизартрии у взрослых пациентов

Аннотация. Настоящая статья посвящена актуальной для клиники очаговых поражений мозга проблеме подкорковых дизартрий. Приводится клиническое наблюдение сложного сочетанного синдрома подкорковой дизартрии, позволяющее дополнить, уточнить и раскрыть клинические особенности подкорковых дизартрий и методов их преодоления.

Ключевые слова: подкорковая дизартрия, дизритмия, гиперкинез, интенционная судорога, речевое дыхание, восстановительное обучение.

T.S. Kolesnikova,
G.K. Geraskina

About one of the variants of the subcortical dysarthria in adult patients

Summary. The article is devoted to the problem of subcortical dysarthria, which is the actual for the clinic of the brain's focal lesions. The article presents a clinical observation of the complicated syndrome of subcortical dysarthria, permitting to complement, clarify and reveal the clinical features of subcortical dysarthria and methods of its overcoming.

Keywords: subcortical dysarthria, dysrhythmia, hyperkinesia, intention cramp, speech breathing, recovery training.

В литературе достаточно подробно описаны механизмы возникновения нарушений произносительной стороны речи у детей, страдающих детским церебральным параличом [1; 2], однако проблема возникновения и коррекция нарушений произносительной стороны речи у взрослых пациентов с последствиями очаговых поражений головного мозга не нашла в литературе такого же широкого отражения. Вопрос дифференцированного влияния глубинных структур головного мозга на картину речевых нарушений в клинике больных с нарушением мозгового кровообращения также рассматривался в литературе: Т.А. Кучумова, (2000), описавшая подкорковые афазии и дизартрии; В.М. Шкловский (1994), выделивший заикоподобный дефект при органических поражениях ЦНС, Е.Н. Винарская [3], предложившая классификацию дизартрий с опорой на нейрофонетический аспект нарушения речи (2005), Т.Г. Визель [4], впервые описавшая речевую дизритмию.

Между тем в нашей клинической практике встречаются больные, у которых имеет место мало изученная форма расстройства произносительной стороны речи. В настоящей статье мы приводим пример подкорковой дизартрии у изученного нами больного. Нарушение речи проявлялось у него сочетанной картиной гиперкинезов и сложного нарушения речевого дыхания. Эти расстройства в совокупности привели к тому, что у больного появилась особая форма подкорковой дизартрии. Она проявлялась в речевой дизритмии, обусловлившей симптомы заикания, или, по определению В.М. Шкловского (1994), заикоподобного дефекта. Нарушения дыхания у больного были необычны и отличались стойкостью.

Приводим клиническое наблюдение.

Больной Ш-н (10.11.1943 г.р.), 68 лет, поступил в ЦПРиН 15.11.2011 г. с диагнозом: последствия повторного ишемического инсульта в бассейне левой средней мозговой артерии от 20.10.2010 года и в бассейне правой средней

мозговой артерии от 12.2007 года. Речевые нарушения возникли после перенесенного повторного ишемического инсульта в 2010 году. Больной имеет высшее техническое образование, работал в научно-исследовательском институте в должности ведущего инженера.

Больному был выполнен ряд исследований с использованием средств нейровизуализации:

МРТ от 26.10.2010 г.: желудочки головного мозга расширены, боковые асимметричны, D > S, с лейкоареозом, III и IV – по срединной линии. В белом веществе левой лобной доли паравентрикулярно определяется участок 14 x 9 мм умеренного гиперинтенсивного T2, FLAIR и изо-гипоинтенсивного T1 сигнала, без выраженных перифокальных изменений. Заключение: МРТ-картина лакунарного ишемического инсульта в бассейне ЛСМА.

В Центре больному проведена повторная МРТ от 26 мая 2011 г.: отмечается расширение субарахноидальных пространств обоих полушарий. Щели конвекситальной поверхности широкие, углублены. III желудочек по средней линии не расширен. IV желудочек по средней линии широкий. Боковые желудочки обычной конфигурации, симметричны, не расширены. В перивентрикулярной области слева выявлен участок размером 10 x 7 x 9 мм кистозно-глиозной трансформации мозговой ткани. Свежих очаговых изменений МР-сигнала на момент исследования нет. Латеральные ямки широкие, углублены. Субарахноидальное пространство мозжечка умеренно расширено. Заключение: МР картина наружной инволютивной гидроцефалии. Кистозно-глиозные изменения в левой теменной доле.

ЭЭГ от 18.11.2011 г.: данные ЭЭГ указывают на умеренные изменения ЭА по общемозговому типу; на негрубые резидуальные изменения ЭА в глубинных отделах центрально-теменно-височной области левого полушария; на функциональные изменения ЭА верхнестолового генеза; на функциональные изменения регуляторного характера. Пароксизмальной активности не выявлено.

В ситуации обследования больной охотно вступает в контакт, ориентирован в месте и времени, в поведении адекватен гиперкритичен к своему состоянию и к допускаемым

ошибкам; предъявляет жалобы на плохую речь, к восстановительному обучению мотивирован несколько формально (больной хочет, чтобы его речь улучшилась, но скептически относится к возможности положительных изменений в результате занятий). В эмоциональной сфере имеет место ряд особенностей: больной тревожен, склонен к интроверсии, отмечаются ипохондрические черты личности; болезненно реагирует на неудачи при выполнении предложенных заданий, крайне внимательно относится к любым проявлениям своей болезни и преувеличивает значимость замеченных деталей. На протяжении обследования при выполнении всех видов заданий отмечались явления нарушения протекания процессов нейродинамики, проявляющиеся в повышенной истощаемости, колебаниях произвольного внимания, незначительных трудностях включения в задание и переключения с одного вида деятельности на другой.

Больной считает себя правой, хотя отмечает, что у внука имеет место амбидекстрия (ребенок до 5 лет пользовался двумя руками, затем, в результате направленного обучения, стал предпочитать правую руку). При проведении специальных проб на выявление скрытого левшества или амбидекстрии у нашего больного выявлено, что ведущий глаз у него правый, ведущее ухо – левое, доминантность по руке нечетко выражена (при скрещивании пальцев – сверху большой палец левой руки, в позе Наполеона – правая рука сверху). Привычные действия (письмо) больной осуществляет правой рукой, остальные, не подвергавшиеся специальному формированию – двумя руками. Таким образом, у больного выявлено скрытое левшество или амбидекстрия.

Объективно:

В результате обследования было выявлено, что речь как функция у больного не страдает – больному доступны все виды экспрессивной и импрессивной речи, сохранна письменная речь, счет, вербально-логическое мышление, интеллектуально-мнестическая деятельность.

На первый план выступили нарушения произносительной стороны речи:

Рефлексы глотки снижены. Больной поперхивается при глотании жидкой пищи. Салива-

ция в состоянии покоя и во время речи повышена.

Речевое дыхание: физиологический вдох недостаточно глубокий, выдох осуществляется неестественно: произвольно, насильственно долго, с целью полного опустошения легких, с предельным напряжением дыхательной мускулатуры. Нестандартность состояния функции дыхания обусловлена тем, что больной долгие годы пытался самостоятельно корректировать дыхание по системе Бутейко. Эта система, однако, предназначена для облегчения дыхания у больных астмой. Астмой больной никогда не страдал и освоил систему Бутейко в целях «солидарности» с женой, у которой был выраженный астматический компонент.

Щеки, губы – подвижные, отмечается дистония.

Язык: мышечный тонус языка – в покое в норме, однако в инициальной стадии высказывания, при начале спонтанной речи отмечается резкое повышение тонуса мышц органов артикуляции: возникает гиперкинез мышц языка, а также лицевых и шейных мышц в виде интенционной судороги, которая усиливается при нервно-психическом возбуждении.

У больного отмечается дисфония: произвольно меняется звуковысотность и тембральная окраска голоса. Речь больного аритмична. Отдельные слоги затягиваются голосом, другие проглатываются.

В речи больного присутствуют заикоподобные запинки, возникающие в результате интенционной судороги. Они обычно отмечаются в начале слов. Реже – в середине слов. Эти нарушения проявляются в «спотыкании», трудностях инициации слов, интенционных судорогах. В медицинской энциклопедии высказывается предположение, что данное нарушение возникает «в результате периодического кратковременного нарушения динамического взаимодействия между корковыми и подкорковыми структурами».

Праксис:

Мимический праксис, символический и сомато-пространственный праксис – без нарушений. В оральном праксисе отмечаются трудности удержания артикуляционной позы, имеют место синкинезии. В мануальном праксисе: от-

мечаются негрубые нарушения как по кинетическому, так и по кинестетическому типу. В динамическом праксисе выявляются некоторые трудности усвоения двигательной программы, персеверации. Графическая проба: выполняется без особенностей. Конструктивный праксис: рисунки схематичны, детали не прорисованы, рисунки больного соответствуют заданному образу, детали рисунка правильно организованы в пространстве.

В пробах на воспроизведение ритмических структур отмечались значительные трудности. Больной не мог воспринять простые ритмы, отстучать их правильно: он считал удары, отстукивал то большее их количество, то меньшее, чем нужно, неверно воспроизводил ритмические группы или вообще не организовывал удары в группы.

Заключение:

Результаты проведенного нейропсихологического исследования указывают на патологическое функционирование подкорковых структур головного мозга, на нарушения динамического взаимодействия между корковыми и подкорковыми структурами головного мозга, а также на заинтересованность нижнетеменных отделов левого полушария головного мозга.

В нейропсихологическом статусе выявлена подкорковая дизартрия: гиперкинетическая + речевая дизритмия (заикоподобный дефект). В состоянии других ВПФ: негрубая кинетическая и кинестетическая мануальная апраксия, нарушение нейродинамического аспекта психической деятельности (повышенная истощаемость, колебания произвольного внимания). Речевой дефект средней степени выраженности.

Была составлена программа коррекционно-восстановительного обучения, направленная на формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи; снижение степени проявления гиперкинезов в мышцах речевой моторики; нормализацию речевого дыхания; преодоление речевой дизритмии; нормализацию орального, мимического, артикуляционного праксиса и фонетической окраски звуков; формирование синхронной деятельности отделов дыхания, голосообразования, звукопроизношения; развитие контроля за произносительной стороной речи.

Процесс коррекции речевых нарушений у больного характеризовался следующим:

1) Личностные особенности больного оказывали отрицательное влияние на коррекционную работу:

- пациент достаточно долго не доверял советам специалистов и пытался самостоятельно преодолеть трудности, возникшие в речи (осознавая, что эти проблемы связаны, в том числе и с дыханием), опираясь на способ дыхания по системе Бутейко. Этот способ дыхания требует достижения полного освобождения легких при каждом выдохе. Такой способ произвольного дыхания, в отличие от астмы, при дизартрии не патогенетичен. Он лишь усугубил дизартрические нарушения дыхания, возникшие в результате инсульта. Ситуация осложнялась и тем, что личностное отношение больного к своим привычкам было достаточно ригидным, а именно имело место нежелание менять привычный стереотип поведения. Нам пришлось, помимо преодоления патологических знаков в дыхательной сфере, убеждать больного в необходимости изменения наработанного им самостоятельно стереотипа дыхания и в формировании его веры в возможность улучшения своего состояния. Больной по нескольку раз в день расспрашивал специалистов о способах лечения и обучения, просил объяснить ему суть методических разработок, цель работы с ним и действие применяемых средств. Он утверждал, что нужно делать все иначе, например, преодолевать запинки волевым усилием, что практически невозможно, настойчиво интересовался прогнозом восстановления, был фиксирован на болезни и чаще всего пребывал в пониженном настроении, что заставило специалистов максимально использовать методы рациональной психотерапии.

2) Особенностью используемых методов восстановительного обучения явилось закрепление у больного полученных на занятиях навыков правильного речевого дыхания только на произвольном уровне: на занятиях он с трудом правильно выполнял предложенные упражнения, но в спонтанной речи речевой выдох стал характеризоваться плавностью, естественностью, что приводило к нормализации тембра голоса (голос становился спокойным,

мягким, свободно лился), голосовые модуляции становились разнообразными и правильно отражали эмоциональную окраску речи больного, снижалась степень выраженности гиперкинезов и сокращалось число запинок в устной речи. Достичь некоторой степени произвольности осуществления такого способа дыхания удалось лишь к концу курса восстановительного обучения (через шесть недель после начала занятий). Для закрепления в собственной речи полученных навыков больному были даны подробные рекомендации для самостоятельных занятий.

3) Наличие речевой дизритмии обусловило необходимость специальной работы над ритмической структурой высказывания. При этом на занятиях не уделялось специального времени на отработку тех или иных ритмов. В то же время при выполнении всех заданий (артикуляционной гимнастики, дыхательных и голосовых упражнений и т.д.) специалистами постоянно отслеживалось (без акцентирования на этом внимания больного) четкое соблюдение ритмических рисунков (заданных извне) всех движений.

4) Больной стал более чутко прислушиваться к советам специалистов только после того, как заметил, что «вдруг» к нему возвращается «нормальная речь и нормальный голос», меньше беспокоят запинки, родные и близкие отмечают улучшения в его речи. В результате появилось доверие больного к специалистам и возможность самостоятельной работы предложенным больному способом. С момента преодоления негативного психологического настроения больного началось более быстрое его продвижение в коррекционной работе.

Анализ особенностей нарушения речи больного, а также особенностей восстановительной работы по их устранению вносит дополнительные данные, раскрывающие клинические особенности подкорковых дизартрий и методов их преодоления. Это позволяет также сделать вывод о важности точной диагностики речевого расстройства, использования адекватных методических приемов восстановительного обучения, а также о необходимости индивидуально-личностного подхода к каждому пациенту.

Литература

1. Панченко И.И. Речевые расстройства у детей с церебральными параличами в поздней резидуальной стадии и особенности логопедической работы с ними. М.: Изд-во МГПУ, 2001. 44 с.
2. Архипова Е.Ф. Стертая дизартрия у детей. М.: АСТ: Астрель; Владимир: ВКТ, 2008. 319 с.
3. Винарская Е.Н. Дизартрия. М.: АСТ: Астрель: Транзиткнига, 2005. 141 с.
4. Визель Т.Г. Коррекция нарушений плавности фразовой речи у детей: Матер. НПК «Центральные механизмы речи», посвящ. памяти профессора Н.Н. Трауготт. СПб., 1999. С. 63-73.

References

1. Panchenko I.I. Rechevye rasstrojstva u detej s cerebral'nymi paralichami v pozdnej rezidual'noj stadii i osobennosti logopedicheskoj raboty s nimi. M.: Izd-vo MGPU, 2001. 44 s.
2. Arhipova E.F. Stertaja dizartrija u detej. M.: AST: Astrel'; Vladimir: VKT, 2008. 319 s.
3. Vinarskaja E.N. Dizartrija. M.: AST: Astrel': Tranzitkniga, 2005. 141 s.
4. Vizeľ T.G. Korrekcija narushenij plavnosti frazovoj rechi u detej: Mater. NPK «Central'nye mehanizmy rechi», posvjashh. pamjati professora N.N. Traugott. SPb., 1999. S. 63-73.