

РЕЧЬ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА: ВИДЫ НАРУШЕНИЙ И ИХ КОРРЕКЦИЯ

О. В. Курушина, А. Е. Барулин, Е. А. Куракова, О. И. Агаркова

**Кафедра неврологии, нейрохирургии с курсом медицинской генетики,
курсом неврологии, мануальной терапии, рефлексотерапии ФУВ ВолгГМУ**

Для человека, как высокосоциального существа, возможность транслировать свои мысли и чувства окружающим и понимать обращенные к ним слова является одной из базовых потребностей.

Речь – это одна из важнейших высших психических функций, которая организует и связывает другие психические процессы, такие как восприятие, память, мышление, воображение, произвольное внимание. С другой стороны, речевая функция является одним из самых сложноорганизованных физиологических процессов в организме, так как требует одновременного участия зрительного, слухового, двигательного и кинестетического анализаторов, согласованной деятельности сразу нескольких корковых центров, полноценной периферической иннервации мышц языка, гортани, мягкого нёба, правильной координации дыхания и произношения звуков. Именно поэтому у пациентов, перенесших инсульт, нарушения речи наблюдаются более чем в 30 % и являются вторым по значимости и распространенности дефектом после двигательных нарушений [11]. При этом в результате расстройства речевой функции затрудняются коммуникативные способности, снижается возможность общения с близкими, что ведет к нарастанию фрустрации, депрессии и в результате к социальной депривации этих пациентов [17]. Поэтому своевременная диагностика и коррекция различных видов нарушения речи у пациентов после инсульта является важной составляющей успешной реабилитационной программы.

Нарушения речевой функции после инсульта можно разделить на две большие группы: афазии и дизартрии.

Афазия – это центральное нарушение уже сформировавшейся речи, т. е. расстройство речи, при котором частично или полностью утрачивается возможность пользоваться словами для выражения мыслей и общения с окружающими при сохранности функции артикуляционного аппарата и слуха, достаточной для восприятия элементарных речевых звуков. Речевые расстройства при афазии могут характеризоваться нарушениями всех четырех языковых модальностей: воспроизведение речи, понимание речи, чтение и письмо. При этом необходимо отметить, что об афазии можно говорить только при утрате уже сформированной речевой функции, при относительно сохраненных интеллектуальных качествах и в отсутствие выраженных психических нарушений у пациентов.

Существует несколько классификаций афазий в зависимости от анатомических, морфологических, клинических и временных характеристик. Но наиболее значимым для врача-невролога является выделение импрессивных и экспрессивных форм речевого расстройства.

Экспрессивные афазии

1. Моторная афазия, как правило, возникает при поражении задних отделов лобной доли, так называемого центра Брока доминантного полушария. В большинстве случаев данный вид афазии развивается остро в сочетании с гемипарезом и гемигипестезией в результате инсульта в бассейне средней мозговой артерии. При этой форме центральным речевым дефектом является инертность речевого высказывания. Повторы одного и того же звука или слова затрудняют или делают невозможными устную речь, письмо и чтение. Нарушения чтения и письма у больных

с этой формой моторной афазии обусловлены затруднениями звукового анализа состава слова, что приводит к пропуску и перестановке слогов. Пациенты с этой формой афазии полностью понимают обращенную к ним речь, возможности коммуникации с ними сохраняются.

2. Артикуляторная моторная афазия. Этот вид расстройства возникает при поражении нижних отделов теменной области и, по сути, является своеобразной формой апраксии речи.

Первичным дефектом при этой афазии является нарушение артикуляторных движений: при выполнении по заданию движений языком и губами больной не может найти нужное положение, например, подуть, пощелкать языком, надуть щеки или повторить отдельные звуки. В тяжелых случаях больные не в состоянии произнести не только слова, но и отдельные звуки, в более легких случаях они общаются с помощью речи, в которой часто возникают поиски разных звуков и звуковые замены. Письменная речь в большинстве случаев нарушается очень грубо, вплоть до невозможности записать даже отдельные звуки. Чтение про себя и понимание речи на слух у больных с этой формой моторной афазии могут быть относительно сохранными.

Импрессивные афазии

1. Сенсорная (акустико-гностическая) афазия возникает при поражении верхневисочных отделов, так называемой зоны Вернике, доминантного полушария. В качестве первичного дефекта рассматривается речевая слуховая агнозия, лежащая в основе нарушений фонетического слуха. У пациентов расстроено восприятие на слух звуков речи – фонем, они не могут различить на слух звонкие и глухие, мягкие и твердые звуки. Расстройства фонематического слуха, в свою очередь, обуславливают грубые нарушения импрессивной речи (понимания). В результате этой звуковой лабильности страдает и собственная речь пациента. В ней появляются характерные дефекты: логорея

(обилие речевой продукции), как результат «погони за ускользающим звуком», замены одних слов другими и одних звуков другими (вербальные и литеральные парафазии). При обширных очагах поражения наблюдаются полное расстройство понимания речи, многоречивость, обилие звуковых замен, искажающих речь больного настолько, что ее нельзя понять, что получило название «речевого салата» или «словесной крошки». Страдает как самостоятельная речь больных, так и повторение за врачом, называние предметов по показу и чтение вслух. Беглость самостоятельной речи при сенсорной афазии не нарушается, как правило, она остается плавной, паузы отсутствуют, артикуляция не изменяется. Собственная речь больных может быть достаточно четкой, но в ней много словесных замен.

2. Акустико-амнестическая афазия возникает в результате первичного нарушения импрессивной речи. Она возникает при поражении средних и задних отделов височной области доминантного полушария. В отличие от сенсорной афазии понимание отдельных фонем при этой форме афазии сохранено. Лингвистический дефект локализован на следующем этапе распознавания речевых стимулов: невозможным становится синтез фонем в слова. Кроме того, у пациентов нарушено удержание в слухоречевой памяти серии слов: из 3 предъявленных на слух слов больной может повторить 1–2 слова или показать 1–2 картинки (чаще 1-ю и 3-ю). Иногда в отдельную форму выделяют оптико-амнестическую афазию, которая характеризуется, прежде всего, значительными трудностями при назывании предметов по показу. В отличие от акустико-амнестической афазии, при этой форме речевого расстройства восприятие речи на слух и самостоятельные высказывания не страдают. В то же время, в отличие от зрительно-предметной агнозии, при которой теряется способность к узнаванию предметов, пациент своим поведением дает понять, что он знаком с предметом, может объяснить его предназначение, подсказ

ка первых звуков оказывает положительный эффект.

Смешанная и тотальная афазии

В большинстве случаев у одного больного имеется несколько разновидностей нарушения речи одновременно, что связано с анатомической близостью зон контроля речи в головном мозге. Тогда говорят о смешанной афазии. Наиболее выраженной формой смешанной афазии является тотальная афазия, которая возникает при обширных инфарктах в бассейне средней мозговой артерии, когда зона ишемического повреждения охватывает как заднелобные, так и височные отделы доминантного полушария головного мозга. Следовательно, страдает как инициация речи, так и фонематический слух. Клиническая картина характеризуется сочетанием симптомов сенсорной и моторной афазии (сенсомоторная афазия). Как правило, тотальная афазия сочетается с выраженным правосторонним гемипарезом, гемигипестезией и гемианопсией.

Отдельной формой поражения речевой функции является дизартрия. Дизартрия – расстройство произносительной стороны речи, обусловленное нарушением иннервации мышц речевого аппарата. Ведущим дефектом является нарушение фонетической и просодической стороны речи, связанное с органическим поражением центральной или периферической нервной системы. Это нарушение сопровождается расстройством артикуляции, фонации, речевого дыхания, темпоритмической организации и интонационной окраски речи, в результате чего речь теряет свою членораздельность и внятность. Степень выраженности нарушения звукопроизношения зависит от характера и тяжести поражения нервной системы.

По уровню локализации пораженного отдела нервной системы различают следующие формы дизартрий:

1. **Бульбарную**, связанную с поражением ядер, корешков или периферических отделов бульбарной группы черепно-мозговых нервов. Для бульбарной дизартрии характер-

ны арефлексия, амимия, расстройство сосания, глотания твердой и жидкой пищи, жевания, гиперсаливация, вызванные атонией мышц полости рта. Артикуляция звуков невнятная и крайне упрощенная. Типична назализация тембра голоса, дисфония или афония.

2. **Псевдобульбарную**, связанную с поражением корково-ядерных проводящих путей. При псевдобульбарной дизартрии характер расстройств определяется спастическим параличом и мышечным гипертонусом. Типично избирательное нарушение произвольных движений, появление синкинезий; обильное слюноотечение, усиление глоточного рефлекса, поперхивание, дисфагия. Речь больных с псевдобульбарной дизартрией смазанная, невнятная, имеет носовой оттенок; грубо нарушено нормативное воспроизведение гласных звуков, свистящих и шипящих.

3. **Экстрапирамидную (подкорковую)**, связанную с поражением подкорковых узлов и их связей с различными отделами головного мозга. Для этой формы дизартрии характерно наличие гиперкинезов – непроизвольных насильственных движений мышц, в том числе мимических и артикуляционных. При подкорковой дизартрии может нарушаться темп речи по типу брадилалии, тахилалии или речевой дизаритмии (органического заикания). Подкорковая дизартрия часто сочетается с псевдобульбарной, бульбарной и мозжечковой формой.

4. **Мозжечковую**, связанную с поражением мозжечка и его проводящих путей. Типичным проявлением мозжечковой дизартрии служит нарушение координации движений мышц, участвующих в речевом процессе, следствием чего является тремор языка, толчкообразная, скандированная речь, отдельные выкрики. Речь замедлена и невнятна; в наибольшей степени нарушается произношение переднеязычных и губных звуков.

5. **Корковую**, обусловленную очаговыми поражениями коры головного мозга. Корковая дизартрия по своим речевым проявлениям напоминает моторную афазию и характеризуется нарушением произвольной артикуляционной

моторики, но при этом отсутствуют расстройства речевого дыхания и фонации. По локализации различают кинестетическую постцентральную корковую дизартрию (аффе-рентную корковую дизартрию) и кинетическую премоторную корковую дизартрию (эфферентную корковую дизартрию).

Выделяют четыре степени тяжести дизартрии:

1 степень (стертая дизартрия) – дефекты звукопроизношения могут быть выявлены только логопедом при специальном обследовании.

2 степень – дефекты звукопроизношения заметны окружающим, но в целом речь остается понятной.

3 степень – понимание речи пациента с дизартрией доступно только близкому окружению и частично посторонним людям.

4 степень – речь отсутствует или непонятна даже самым близким людям (анартрия).

Коррекция речевых расстройств

Восстановление речевых нарушений проводится в комплексе с лечением других нарушенных функций и является частью общего процесса реабилитации постинсультных пациентов. Лечебно-реабилитационные мероприятия должны проводиться мультидисциплинарно и включать в себя медикаментозную поддержку, лечебную гимнастику, массаж, логопедические занятия, нейропсихологическую коррекцию, консультации психиатра, психотерапевтическую помощь. Лекарственная терапия в данном случае является базовым обеспечением, восполняющим нейротрансмиттерную дефицитарность и осуществляющим неспецифическую стимуляцию всех высших когнитивных функций [5]. Одним из препаратов, с успехом используемых в терапии ишемического и геморрагического инсульта, как в остром, так и раннем реабилитационном периоде течения заболевания, является целлекс. Данный препарат является предшественником ультраструктурных компонентов клеточной мембраны – фосфолипидов, обладает достаточно широким спектром действия. Целлекс вклю-

чает эмбриональные сигнальные белки и полипептиды, которые обеспечивают выживание нейронов, их пролиферацию и дифференцировку, восстанавливая пластические функции нервной ткани. Тем самым происходит восстановление пластических функций нервной ткани [7]. Целлекс стимулирует образование новых связей, способствует аутофагии и нормализации процесса тканевой иммунорегуляции. Препарат обладает репаративным действием, уменьшает число поврежденных клеток и выраженность перифокального отека в зоне пенумбры (позволяет добиться значительного ограничения очага некроза мозговой ткани) с восстановлением микроциркуляции и общей перфузии [8, 9].

В РФ было проведено многоцентровое сравнительное открытое клиническое исследование на базе шести российских клинических центров. Всего в исследование участвовало 178 пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения. По истечению 4-недельной терапии в комплексе с целлексом среди 166 пациентов отмечался достоверный частичный регресс неврологической симптоматики. Кроме этого, проводилось двойное слепое рандомизированное исследование (TSEL-IV-2013), включавшее 480 пациентов 8 крупных российских клиник (в том числе и Волгограда). Основными выводами исследования явились доказательства преимущества комбинирования препарата «Целлекс» с стандартной схемой лечения (уменьшение прогрессирования неврологической симптоматики и увеличение доли пациентов с регрессом неврологических нарушений, уменьшение выраженности двигательных и речевых нарушений у более тяжелых пациентов, уменьшение когнитивных нарушений). Оценка состояния пациентов проводилась на основании общепринятых шкал NIHSS (общий балл; движение), динамика речевых нарушений по шкале «Опросник речи» [3, 8, 9].

Безопасность применения препарата «Целлекс» доказаны в многочисленных экспериментальных и клинических исследованиях на моделях острой фокальной ишемии и

гипоксии мозга, у больных в остром периоде инсульта [2, 5]. Рекомендовано введение препарата 1 раз в сутки подкожно по 0,1–0,2 мг. Дозировку определяют в зависимости от характера нарушения у пациента и степени тяжести его состояния. Продолжительность приёма составляет 10 дней. При необходимости возможно повторение курса после 10-дневного перерыва [3, 7].

На фоне базовой фармакологической поддержки необходимо проводить немедикаментозные реабилитационные мероприятия, направленные на восстановление нарушенных функций. При этом важно создавать максимально стимулирующие условия для спонтанного восстановления речи, как в рамках непосредственно логопедических занятий, так и во время других реабилитационных мероприятий, которые проводятся с больными в остром периоде, как врачами, так и родственниками и близкими пациента.

Необходимо особо отметить тот факт, что независимо от конкретной формы афазии на начальном этапе реабилитации перед медиками ставится задача установления контакта с больным. Для этого используется метод беседы на различные близкие пациенту темы. Систематические клинические наблюдения [11] и слепые рандомизированные мультицентровые исследования [5] показывают, что работу с пациентами в остром периоде надо начинать с оказания психологической поддержки, информирования и обу-

чения пациента и его родственников компенсаторным коммуникативным стратегиям. Это сформирует понимание ситуации и облегчит коммуникацию между пациентом и окружающими его людьми.

Кроме того, важно принимать во внимание тот факт, что работа с больным должна быть строго дозирована в зависимости от общего состояния пациента, нагрузка должна быть адекватна тяжести его состояния и носить щадящий характер [12].

Лечение дизартрии в постинсультном периоде должно строиться в соответствии с программами лечения параличей и парезов. При этом, на фоне проводимой медикаментозной терапии, в комплекс занятий должны быть включены артикуляционная гимнастика, массаж, дыхательные и голосовые упражнения, направленные на повышение функциональной активности мышц, участвующих в речевом акте [1].

Надо отметить, что необходимым условием успешной реабилитации пациентов с речевыми расстройствами является правильная постановка целей и задач терапевтического процесса. Необходимо помнить, что целью речевой реабилитации является не успех реализации отдельных аспектов языка, не заученное воспроизведение необходимых компонентов речи, а именно восстановление эффективной коммуникации с окружающими для независимости и успешной адаптации в повседневной жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галкин А. С., Баранцевич Е. Р. и др. Возможности повышения эффективности реабилитации пациентов после инсульта с синдромом игнорирования // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2014. – С. 30.
2. Доронин Б. М., Танаева Е. В., Веретельников И. А., Масленникова Н. А. Опыт применения препарата Целлекс® для лечения пациентов в остром периоде ишемического инсульта // Фарматека. – 2016. – № 19. – С. 46–50.
3. Курушина О. В., Багирова Д. Я., Ансаров Х. Ш. Профилактика повторного острого нарушения мозгового кровообращения и особенности ее фармакологической коррекции // Фармация и фармакология. – 2015. – № 5. – С. 54–55.
4. Курушина О. В., Барулин А. Е. Жизнь после инсульта: как быть и что делать? // РМЖ. – 2013. – Т. 21, № 16. – С. 826–830.
5. Пизова Н. В., Соколов М. А., Измаилов И. А. Целлекс в лечении больных с острым нарушением мозгового кровообращения: результаты российского многоцентрового сравнительного открытого клинического исследования // Журн. неврол. и психиатр. – 2014. – № 5. – С. 22–26.

6. *Танашиян М. М., Домащенко М. А.* Новые возможности нейропротекции в лечении пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения // Журнал Нервные болезни. – 2016. – № 1. – С. 16–20.
7. *Цветкова Л. С.* Нейропсихологическая реабилитация больных. – М.-Воронеж, 2004.
8. *Шкловский В. М., Визель Т. Г.* Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. – М.: Ассоциация дефектологов, В. Секачев, 2011.
9. *Шохор-Троцкая М. К. (Бурлакова).* Стратегия и тактика восстановления речи. – М.: В. Секачев, Эксмо-Пресс, 2001.
10. *De Jong-Hagelstein M., Van de Sandt-Koenderman W. M., Prins N. D., Dippel D. W., Koudstaal P. J., Visch-Brink E. G.* Efficacy of early cognitive-linguistic treatment and communicative treatment in aphasia after stroke: a randomised controlled trial (RATS-2) / Journal of Neurology, Neurosurgery, & Psychiatry. – 2011. – Vol. 82. – P. 399–404.
11. *Holland A. & Fridriksson J.* Aphasia management during the early phases of recovery following stroke // American Journal of Speech-Language Pathology. – 2001. – Vol. 10 (1). – P. 19–28.
12. *Rofes L., et al.* Neuogenic and oropharyngeal dysphagia // Annals of The New York Academy of Sciences. The 11th OESO World Conference: Reflux Disease. – 2013. – Vol. 1300.

ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ: СИСТЕМНОЕ ИЛИ НЕСИСТЕМНОЕ?

А. Е. Барулин, О. В. Курушина, А. А. Друшлякова

Курс неврологии, мануальной терапии, рефлексотерапии ФУВ ВолгГМУ

С жалобами пациентов на головокружение сталкиваются врачи любых специальностей, чаще всего терапевты, неврологи, отоларингологи. Ощущение головокружения может развиваться при патологии совершенно разных систем организма: зрительного, слухового анализатора, опорно-двигательного аппарата, центральной и периферической нервной, сердечно-сосудистой систем. В связи с множеством возможных интерпретаций ощущения головокружения пациентами и широким выбором инструментальных методов диагностики, зачастую среди врачей происходит гипер- или гиподиагностика головокружений, что может привести к неправильному подбору методов лечения.

Головокружение – ощущение кажущегося перемещения тела в пространстве или окружающих предметов относительно тела.

При определенных условиях может возникать у здорового человека, например, на высоте. Как болезненный симптом развивается при некоторых заболеваниях внутреннего уха, нервной системы и др.

Причина головокружения – дискоординация между потоком импульсации от систем отвечающих за ориентацию в пространстве (вестибулярной, зрительной и проприоцептивной систем) и центром, обеспечивающим обработку данных.

В патогенезе вестибулярной дисфункции определенную роль играет активация гистаминовых рецепторов. Их представительство преимущественно в гипоталамической области, лабиринте, мозжечке и стволе. Однако следует помнить и о снижении кровотока во внутреннем ухе и в области вестибулярных ядер.

Поддержание равновесия – это результат взаимодействия вестибулярной, проприоцептивной, зрительной системы, органа слуха, поэтому для лечения головокружения необходимо правильно диагностировать характер и уровень поражения