

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней и медицинской реабилитации с курсом ПО

РЕФЕРАТ

«Голосовая апраксия»

Работу выполнил ординатор 2-го года

Петряева Ольга Владимировна

Красноярск-2018

Апраксия (от греч. а — приставка отрицания, praxis — действие) — утрата памяти двигательных навыков в виде неспособности произвольно выполнять достаточно тонкие целенаправленные действия при сохранении мышечной силы и умения совершать элементарные двигательные акты. H.Lierman (1900), впервые описавший апраксию, выделил кинетическую апраксию конечностей, идеомоторную апраксию, идеаторную апраксию и аграфию. Позднее стали известны некоторые другие формы апраксии. Апраксия лишает пациента практической способности выполнять не только сложные, но и самые простые навыки, такие как рукопожатие, причёсывание, зажигание спички, застёгивание пуговицы и т. п. Проявления апраксии с трудом поддаются чёткому описанию.

Идеаторная апраксия (апраксия замысла) связана с потерей следов памяти нужного образа действия или с утратой способности обнаружить в памяти этот образ. Редко встречается в изолированном виде. Обычно бывает двусторонней и касается всех частей тела. Пациент как бы забывает, для чего и как могут быть использованы окружающие его предметы. Он может, однако, повторить действия врача или верно выполнить любой фрагмент действия, но самостоятельно осуществить сложную последовательность движений бывает не в состоянии.

Например, не может взять коробок со спичками, вынуть из него одну спичку, закрыть коробок, зажечь спичку, затем поджечь свечу и, наконец, погасить спичку. Вместо этого, понимая, что от него хотят, он долго вертит коробок, царапает спичкой о другую сторону коробка или не тем концом спички, кладёт незажжённую спичку в рот и т. д. Возникает при повреждении угловой и, частично, надкраевой извилин доминантного полушария (у правшей — левого). Идеаторная апраксия почти всегда сочетается с элементами сенсорной афазии, а иногда с явлениями гемиплегии и гемианопсии (Ходос, 1974). К разновидностям идеаторной апраксии относят оральную апраксию, апраксию туловища и апраксию одевания.

Оральная апраксия проявляется у пациентов утратой способности выполнять по заданию простые артикуляционные позы, такие как оттопырить языком щеку, заложить язык под верхнюю или нижнюю губу, дотронуться языком до уголков рта или верхней губы и т. п. Страдает, кроме того, намеренное выполнение требуемых внешне символических действий типа цоканья, свиста, сплёвывания, чмокания и др. — символическая апраксия. Очень редко обнаруживается при этом апраксия глотания (некоторые исследователи относят её к лицевой апраксии). Все указанные действия пациенты самопроизвольно выполняют, однако во время еды, речи, общения. Оральная и

символическая апраксии обычно сопровождают моторную апраксию. Расстройство возникает при поражении нижних отделов постцентральной извилины доминантного полушария, вероятно, с захватом прилежащих участков теменной доли.

Женщина, 54 года

Со слов родственников 26.03.2017 ишемический инсульт в бассейне СМА справа (резко развилась головная боль, нарушение мимики. Проходила лечение в Абаканской ГБ, выписана без улучшений. В течение месяца в домашних условиях симптомы регрессировали). От 2.05.2017 ишемический инсульт в бассейне СМА и ЗМА слева (резко выросла головная боль, нарушилась речь, мимика, функция глотания, закатились глаза. Проходила лечение в Абаканской ГБ в течение месяца. Поставлена гастростома. Выписана без улучшения.

С 1997 г страдает ИБС пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. По поводу данного заболевания не лечилась. Подтверждено с 2015 года.

МРТ головного мозга от 2.05.2017: ОНМК по ишемическому типу в бассейне СМА справа – поздняя подострая стадия с включениями лизированной крови в очаге в теменной области размерами 4x2x2см. ОНМК по ишемическому типу в бассейне СМА и ЗМА слева в теменно-височной области размерами 2,5x2,5x2,5см с точечными участками геморрагического пропитывания в затылочной доле. Смешанная заместительная гидроцефалия.

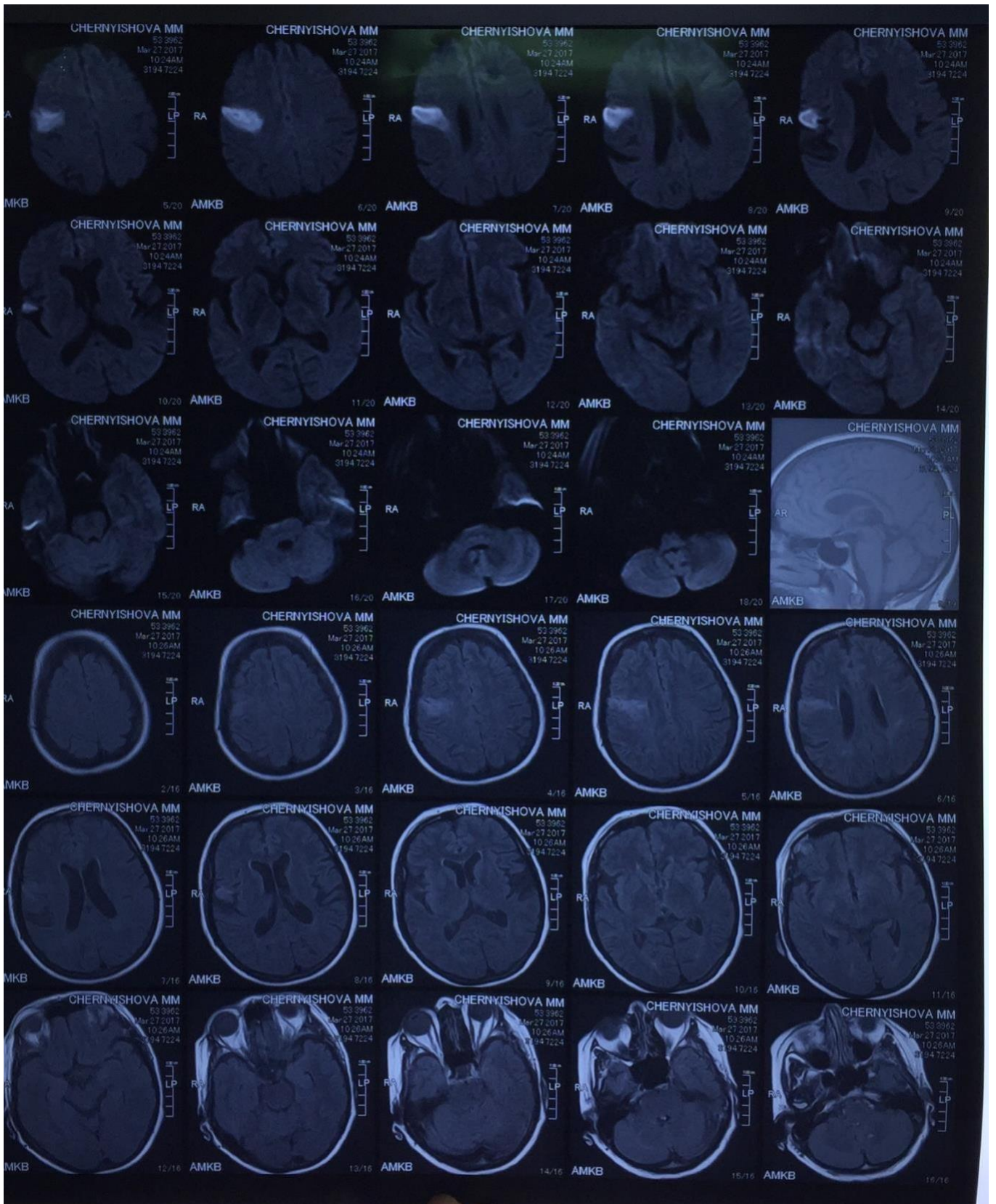
Первое обследование у логопедов: Комплексная моторная афазия афферентная, эфферентная;

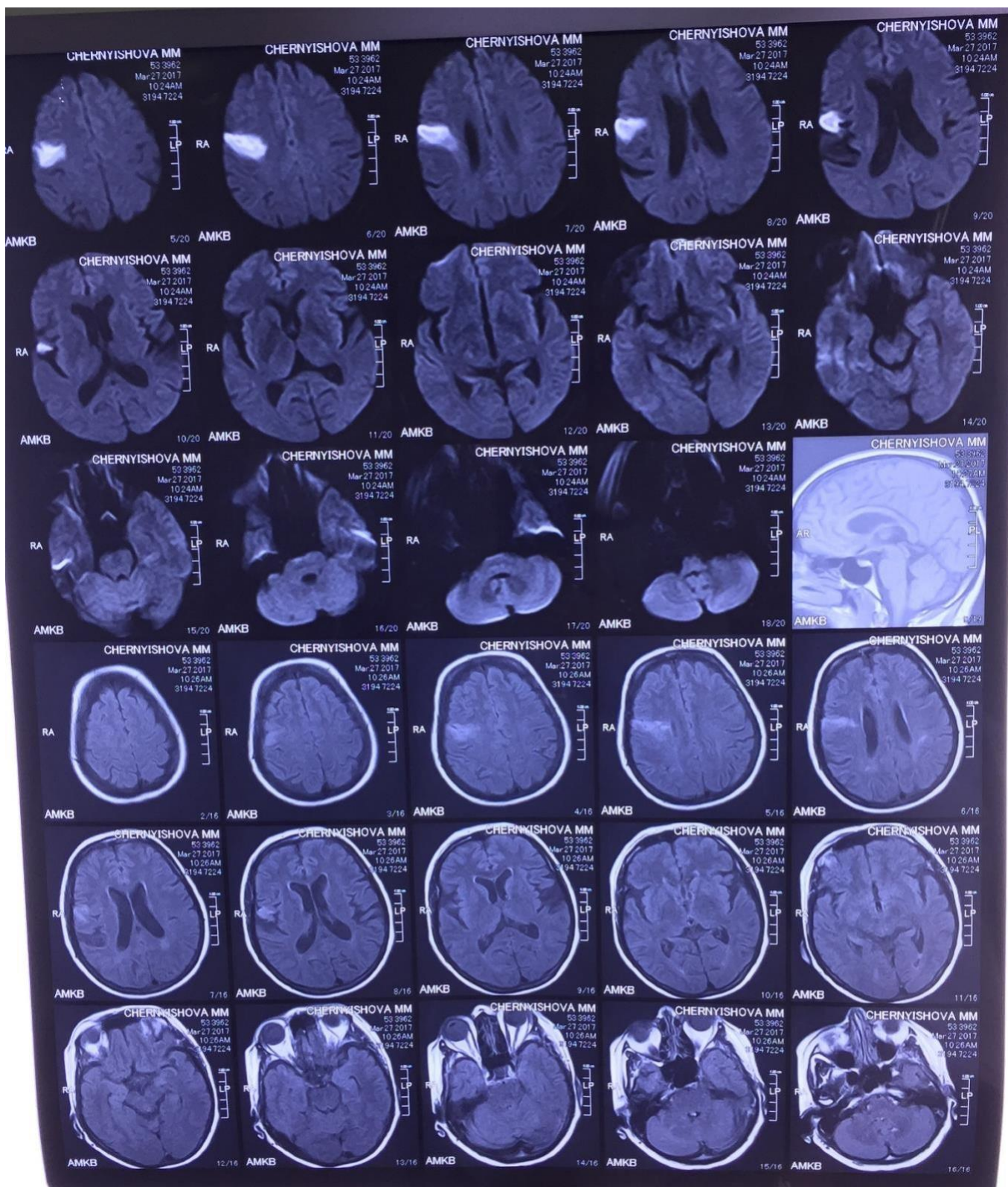
нейродинамические нарушения по акустико-мнестическому, семантическому типу. Дефект обусловлен заинтересованностью нижних отделов постцентральной и премоторной зон коры левого полушария головного мозга, с вовлечением подкорковых структур.

Осмотрена фониатором: паралич голосовых связок.

При нейропсихологическом обследовании выявлены насильственные эмоции и пациентка выдает звуки на раздражители, что опровергает заключение фониатора и первичный осмотр логопеда.

Проведен консилиум с участием профессора С.В, Прокопенко: Диагноз: повторные ОНМК от марта и мая 2017 с двусторонним теменным поражением, апраксией лица, языка, голосовой апраксией, корковой анартрией, дисфагией, мягкой постуральной неустойчивостью, ранний восстановительный период. Рекомендована нейрометаболическая терапия, логопедическая коррекция, реабилитация равновесия.





Голосовая апраксия – это нарушение целенаправленности движений или, как говорят, «действия», которое не связано с параличом или парезом, атаксией, гиперкинезом, сенсорной афазией. Различают идеаторную, моторную и конструктивную апраксию.

Идеаторная апраксия — апраксия «замысла» — характеризуется нарушением последовательности движений, необходимых для выполнения задачи. Больные часто производят движения, не нужные для достижения поставленной цели. Если движение по устному или письменному заданию не удается в полной мере, то подсказка, показ, как

выполнить то или другое действие, как правило, хорошо помогают больному.

Идеаторная апраксия всегда является двусторонней (т. е. касается и правой и левой руки).

Моторная апраксия — апраксия «выполнения». При моторной апраксии расстраивается действие по приказу и по подражанию. Подсказка действием (показом) больному не помогает или помогает мало. В отличие от идеаторной моторная апраксия может быть односторонней (т. е. нарушения могут наблюдаться в деятельности одной руки).

Конструктивная апраксия заключается в невозможности сконструировать целое из части фигуру из спичек, палочек, кубиков.

В случаях апраксии правой руки находят очаги поражения преимущественно в зоне корковых ветвей левой (у правшей) средней мозговой артерии (передняя и задняя теменные артерии — *aa. parietalis anterior et posterior*), а при апраксии левой руки — в зоне ветвей передней мозговой артерии, васкуляризирующих мозолистое тело, (артерия мозолистого тела — *a. corpus callosi*).

Вид исследования	Методика исследования	Степень нарушения
Подражательные движения	Больной подражает движениям врача. Например: а) поднять вверх руку, затем обе руки, одну поднять, другую опустить, развести их в стороны; б) делать из двух указательных пальцев различные знаки — Г, Л, Т и т. п.; в) воспроизвести вслед за врачом некоторые движения, например: погрозить пальцем, приставить руку к носу, уху	При моторной апраксии подражание невозможно или затруднено, при идеаторной или конструктивной апраксии оно обычно удается больному

Движения по устному заданию	Врач просит больного произвести ряд движений по устному заданию: а) манипуляции с частями собственного тела. Например: дотронуться левой рукой до кончика носа, до лба, до правого уха; б) манипуляции действительными предметами. Например: вдеть нитку в иглу, положить спички в коробку, причесаться; в) манипуляции с воображаемыми предметами: больной, не имея соответствующего предмета в руках, должен показать, как едят ложкой, как пьют, воду из стакана, ловят мух, стреляют из ружья	Нарушения наблюдаются обычно в той или иной мере при моторной или идеаторной апраксии
Конструирование целого из частей	Врач: а) складывает из спичек или кубиков какую-либо фигуру и просит больного из того же материала скопировать ее в точности; б) просит больного начертить план комнаты, многоугольник, лицо человека	Конструирование сильно расстроено при конструктивной апраксии. В небольшой степени может страдать при моторной апраксии. При идеаторной апраксии чаще не нарушается

Анатомически у больных с идеаторной апраксией на фоне признаков диффузного поражения коры мозга находят обычно небольшие очаги в нижнетеменной доле (поля 39 и 40). При моторной апраксии обнаруживается очаг поражения в надкраевой извилине (поле 40), а в случае конструктивной апраксии — в угловой извилине (поле 39). Апраксия отмечается чаще у больных с сосудистыми заболеваниями и опухолями головного мозга.

В табл. 20 приведены методы исследования функции праксиса. Предварительно следует выяснить, нет ли у больного явлений сенсорной афазии.

Корковая анартрия – представляет собой группу моторных расстройств речи разного патогенеза, связанных с очаговым поражением коры головного мозга. Первый вариант корковой дизартрии обусловлен односторонним или чаще двусторонним поражением нижнего отдела передней центральной извилины. В этих случаях возникает избирательный центральный парез мышц артикуляционного аппарата (наиболее часто языка). Избирательный корковый парез отдельных мышц

языка приводит к ограничению объема наиболее тонких изолированных движений: движения кончика языка вверх. При этом варианте нарушается произношение переднеязычных звуков.

Для диагностики корковой дизартрии необходим тонкий нейролингвистический анализ, позволяющий определить, какие из переднеязычных звуков страдают в каждом конкретном случае и каков механизм их нарушений.

При первом варианте корковой дизартрии среди переднеязычных звуков в первую очередь нарушается произношение так называемых какуминальных согласных, которые образуются при поднятом и слегка загнутом вверх кончике языка (*ш, ж, р*). При тяжелых формах дизартрии они отсутствуют, при более легких — заменяются другими переднеязычными согласными, наиболее часто дорсальными, при произнесении которых передняя часть спинки языка поднимается горбом к нёбу (*с, з, с, з, т, д, к*).

Трудными для произношения при корковой дизартрии являются и апикальные согласные, образующиеся при сближении или смычке кончика языка с верхними зубами или альвеолами (*л*).

При корковой дизартрии может нарушаться также произношение согласных по способу их образования: смычных, щелевых и дрожащих. Наиболее часто — щелевых (*л, л*).

Характерно избирательное повышение мышечного тонуса, главным образом в мышцах кончика языка, что еще более ограничивает его тонкие дифференцированные движения.

Список литературы:

1. Афазия. Агнозия. Апраксия. Методики восстановления - Мария Храковская - Нестор-История, 2017 г.