Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения и

социального развития Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздравсоцразвития России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**СБОРНИК**

**МЕТОДИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ**

**ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ К СЕМИНАРСКИМ ЗАНЯТИЯМ**

**по дисциплине «**Проблемы афазии**»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очно-заочная форма обучения)

Красноярск

2013г.

УДК

ББК

С

Сборник методических указаний для обучающихся к семинарских занятиям по дисциплине «Проблемы афазии» для специальности 030401 - Клиническая психология (очно-заочная форма обучения) / сост. Прокопенко С.В., Можейко Е.Ю., и др. – Красноярск: тип. КрасГМУ, 2013г. – с. (указать количество страниц).

**Составители:** доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

кандидат медицинских наук, доцент Харламова Г.В.

кандидат медицинских наук, ассистент Можейко Е.Ю.

доктор медицинских наук, профессор Похабов Д.В.

доктор медицинских наук, профессор Народова В.В.

кандидат медицинских наук, доцент Дроздова Л.Н.

доктор медицинских наук, профессор Колесникова И.В.

Асситент, Швецова И.Н.

Сборник методических указаний к семинарских занятиям предназначен для аудиторной работы обучающихся. Составлен в соответствии с ФГОС ВПО 2013г. по специальности/направлению подготовки 030401 – Клиническая психология (очно-заочная форма обучения), рабочей программой дисциплины (2013г.) и СТО СМК 4.2.01-11.Выпуск 3.

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол №\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_).

КрасГМУ

2013г.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Проблемы афазии»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очно-заочная форма обучения)

**К СЕМИНАРСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 1**

**ТЕМА:** **«История изучения афазий. Современная модель организации и патологии речи при афазиях. Теория А.Р. Лурия динамической системной организации высших корковых функций. Особенности строения коры. Речевые зоны. Проблема функциональной асимметрии».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители:

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №1**

**Тема:** «История изучения афазий. Современная модель организации и патологии речи при афазиях. Теория А.Р. Лурия динамической системной организации высших корковых функций. Особенности строения коры. Речевые зоны. Проблема функциональной асимметрии».

**2. Форма организации занятия:** семинарское.

**3. Значение изучения темы:** исследование афазии является одной из старейших классических проблем неврологии и психологии. Изучение этого явления открывает путь к пониманию многих фундаментальных методологических и теоретических вопросов психологии и нейропсихологии, неврологии и дефектологии, лингвистики и психолингвистики. В связи с этим знания клиники афазий, определение топики при различных заболевания головного мозга позволяет решить диагностические и реабилитационные задачи.

**4. Цели обучения:** освоения учебной дисциплины «Проблемы афазии» состоит в овладении знаниями психологической диагностики нарушений речи как высшей психической функции, психологической помощи и восстановлению афазии.

**Студент должен знать**:

* основные методологические проблемы клинической афазиологии;
* теоретические концепции, понятия, категории, принципы классификации в афазиологии;
* клинику нарушений речи при основных видах афазии;
* особенности клинических проявлений различных видов афазий и дизартрий;
* знать основные теории организации и функционирования ВМФ;
* теорию о системной динамической локализации функций А.Р. Лурия;
* понятие о синдромном анализе афазии;
* естественно-научный подход к описанию ВПФ и их нарушений при органических повреждениях мозга, методологию нейропсихологии, основные понятия нейропсихологии, ее прикладные задачи.

**Студент должен уметь:**

* синтезировать знания, полученные в основных курсах специальности и специализаций по клинической нейропсихологии;
* составлять программы диагностического обследования, использовать основные исследовательские методы (афазиологическое, нейропсихологическое тестирование) с целью анализа специфики нарушений речевой деятельности;
* собрать анамнез заболевания, приведшего к нарушению речи;
* провести полное и сокращенное афазиологическое исследование в зависимости от возможностей пациента;
* иметь представление о нейровизуализационных методах обследования с целью уточнения диагноза основного заболевания;
* установить афазиологическое заключение;
* провести нейропсихологическую характеристику афазии;
* выявить нарушенный нейропсихологический фактор при афазии;
* установить нарушенный нейропсихологический синдром;
* ориентироваться в теоретическом аппарате и основных направлениях нейропсихологии, обосновывать взаимосвязь между расстройствами психических функций, эмоционально-личностной сферы, сознания и нарушениями в работе мозга;
* применять выше перечисленные знания для решения научных и практических задач.

**Студент должен владеть:**

* правильным ведением протокола обследования;
* методами афазиологического обследования;
* интерпретацией результатов обследования;
* алгоритмом постановки синдромального диагноза;
* методологией синдромного анализа определения первичных и вторичных нарушений;
* современной отечественной классификацией афазий;
* структурированным знанием о нейропсихологическом (естественнонаучном) подходе к анализу связи между поведением и работой мозга, представлениями об основных ее проблемах и направлениях развития, методологией нейропсихологического обследования.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний – 10 мин.**

Тесты:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | При поражении корковых речевых центров возникает:   1. Афония 2. Анартрия 3. Афазия 4. Дизартрия   Ответ: 3 |
| 2. | При поражении левой лобной доли возникает афазия:   1. Моторная 2. Сенсорная 3. Амнестическая 4. Семантическая   Ответ: 1 |
| 3. | Для поражения височной доли не характерно:   1. Моторная афазия 2. Сенсорная афазия 3. Амнестическая афазия 4. Семантическая афазия   Ответ: 1 |
| 4. | При амнестической афазии очаг поражения находится:   1. Правая лобная доля 2. Левая затылочная доля 3. Нижние и задние отделы теменной и височных областей 4. Постцентральная извилина   Ответ: 3 |
| 5. | Затылочная кора состоит из следующих проекционных зон:  1) первичных;  2) вторичных;  3) третичных;  4) всех перечисленных.  Ответ: 4 |

**5.2. Основные понятия и положения темы.**

**Афазия** (от греч. a - частица, означающая отрицание, и phasis - речь) - полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга. Линнею принадлежит первое (1749 г.) описание афазии, а сам термин «афазия» предложил в 1864 г. французский терапевт Арман Труссо. Афазии проявляются в виде нарушений фонематической, морфологической и синтаксической структуры собственной речи и понимания обращенной речи при сохранности движений речевого аппарата, обеспечивающих членораздельное произношение, и элементарных форм слуха.

Афазии следует отличать от других расстройств речи, возникающих при мозговых поражениях: **дизартрии** (нарушений произношения без расстройства восприятия речи на слух, чтения и письма), **аномии** (трудностей называния стимулов определенной модальности вследствие нарушения и межполушарного взаимодействия), **алалий** (расстройств речи в детском возрасте в виде недоразвития всех форм речевой деятельности), моторных нарушений речи, связанных с поражением подкорковых двигательных механизмов, и др.

**История изучения афазий**

Изучением афазии занимались многие ученые, отразившие результаты своих исследований в следующих работах: Э.С. Бейн «Парафазии при различных видах афазии» (1961), К.Гольштейн «Афазия» (1927), В. М. Коган, А. Кожевников «Афазия и центральный орган речи» (1874), «Афазия и пути ее преодоления» (1964), М.С. Лебединский «Афазия, агнозия, апраксия» (1941), Г.К. Липман «Моторная афазия и апраксия» (1913), А.Р. Лурия «Травматическая афазия» (1947), В.М. Тарновский «Некоторые формы сифилитической афазии» (1868) и др.

В учении о локализации психических процессов в головном мозге человека, функциональной роли мозга в целом и отдельных зон коры головного мозга и развития учения о локализации речи и афазии существовали две крайних точки зрения. Одна из них связана с именем знаменитого венского врача анатома и физиолога Франца Иосифа Галля (1810). Ему принадлежит идея о дифференцировании зон мозга и их связи с разными психическими функциями и идея о локализации речи в переднем (из трех) желудочке. Это и есть уже первый этап подхода к учению об афазии и ее локализации в мозге.

Вторая крайняя точка зрения принадлежит французскому физиологу Флурансу (1824). Он на основании своих опытов сделал заключение о невозможности раздельности функций коры мозга по его участкам. Это учение продержалось более 90 лет. Так, Буйо уже в 1825 году, основываясь на изучении мозга людей, потерявших речь, писал, что мозговая регуляция движений, необходимых для речи, осуществляется лобными долями. Затем, в 1836 году, врач М.Дакс в результате клинико-анатомических сопоставлений симптомов нарушения речи первым обнаружил, что полушария головного мозга не эквипотенциальны хотя бы в отношении речи. Но его открытие было забыто, и только через 30 лет П.Брока высказал эту идею. Уже значительно позже эту доктрину о принадлежности речи к левому полушарию принял один из самых значительных неврологов конца XIX века Дж.Х. Джексон.

Второй этап развития учения об афазии, и, прежде всего, проблема локализации психических функций в коре головного мозга, начавшись в 60-х годах, продлился до конца XIX - начала XX столетия. Самым существенным для этого этапа были два открытия - выделение двух форм афазии, одна из которых была полно описана П. Брока и выделение сенсорной афазии К. Вернике. Последний дал первое подробное описание нарушений речи, возникающих при поражении задней трети верхней височной извилины коры левого полушария, которое вызывает нарушение понимания речи (1874 г.).

С 1910 года начинается третий этап изучения афазии. Он начинается работами английского невролога Дж.Х. Джексона. Ему принадлежит блестящая идея о том, что зона поражения мозга не совпадает с зоной локализации психической функции. Он первым указал также и на то, что речь не может локализоваться в какой-либо ограниченной области мозга и выступил против существования вообще каких - либо «центров» в коре головного мозга.

После Джексона наиболее глубоко исследовал афазию известный ученый Г. Хэд. Он не рассматривал афазию как строго локализованное нарушение речи, а соотносил афазию лишь с поражением левого полушария. Г. Хэд первым подошел к афазии с лингвистических позиций и рассматривал ее как языковое нарушение.

Для всех исследователей того времени характерен взгляд на локализацию речи и афазии преимущественно в левом полушарии. Другая же группа придерживалась антилокализационистского взгляда.

Из отечественных исследований в этот период уже появляются первые работы Л.С. Выготского, В.М. Когана, М.С. Лебединского, А.Р. Лурии, и др. Их развернутая работа по проблемам афазии относится уже к четвертому этапу развития учения об афазии - после 40-х годов XX столетия.

**Теория А.Р. Лурия динамической системной организации высших корковых функций**

Мозг – субстрат психических функций - работает как единое целое, состоящее из множества высокодифференцированных частей, каждая из которых выполняет свою специфическую роль. Непосредственно с мозговыми структурами следует соотносить не всю психическую функцию и даже не отдельные ее звенья, а те физиологические процессы, которые осуществляются в соответствующих структурах. Нарушение этих физиологических процессов приводит к появлению первичных дефектов, распространяющихся на целый ряд взаимосвязанных психических функций.

**Основные положения теории:**

1. Каждая психическая функция, представляющая собой сложную функциональную систему, осуществляется мозгом как единым целым. При этом различные мозговые структуры вносят свой специфический вклад в реализацию этой функции.

2. Различные звенья психологической системы размещены в различных корковых и подкорковых структурах и многие из них могут замещать друг друга.

3. При повреждении определённого участка мозга (прежде всего вторичных и третичных областей коры больших полушарий) возникает “первичный” дефект – нарушение определённого физиологического принципа работы, свойственного данной мозговой структуре (фактору).

4. В то же время в виде системного следствия возникают “вторичные” дефекты как результат поражения общего звена, входящего в различные функциональные системы.

5. Каждое звено психологической функциональной системы обеспечивается определённым фактором.

**Особенности строения коры. Речевые зоны**

Управление речевой функцией осуществляется высшими отделами мозга человека - корой больших полушарий, значительные участки сенсорных и моторных областей которой специализированы к восприятию, пониманию, запоминанию и воспроизведению речи, а также подкорковыми образованиями мозга, которые связаны с эмоциями и памятью.

Установлено, что разные участки коры ведают определенными функциями. Было создано учение о локализации функций в коре большого мозга. Киевский анатом В.А. Бец в 1874 г. доказал, что каждый участок коры отличается по строению от других участков мозга. Этим было положено начало учению о разнокачественности коры головного мозга. И.П. Павлов рассматривал кору полушарий большого мозга как сплошную воспринимающую поверхность, как совокупность корковых концов анализаторов. Он доказал, что корковый конец анализатора - это не какая-либо строго очерченная зона. В коре большого мозга различают ядро и рассеянные элементы. Ядро - это место концентрации нейронов коры, составляющих точную проекцию всех элементов определенного рецептора, где происходит высший анализ, синтез и интеграция функций. Рассеянные элементы могут располагаться как по периферии ядра, так и на значительном расстоянии от него. В них совершаются более простые анализ и синтез. Наличие рассеянных элементов при разрушении (повреждении) ядра отчасти позволяет компенсировать нарушенную функцию.

По наиболее распространенной классификации К. Бродмана в коре выделено 52 клеточных поля, каждое из которых имеет свой порядковый номер (1,2,3.52).

В зависимости от функциональных особенностей в коре выделяют моторные (двигательные), сенсорные (чувствительные) и ассоциативные зоны, осуществляющие связи между различными зонами коры. В данной работе рассмотрим одну из наиболее важных функциональных зон коры - зоны речи.

В коре имеется несколько зон, ведающих функцией речи:

1) Моторный центр речи (центр П. Брока) находится в лобной доле левого полушария - у "правшей", в лобной доле правого - у "левшей".

2) Сенсорный центр речи (центр К. Вернике) расположен в височной доле.

3) Зона, обеспечивающая восприятие письменной (зрительной) речи, находится в угловой извилине нижней теменной дольки.

В передней центральной извилине правого и левого полушарий расположено первичное моторное поле, которое управляет мышцами лица, конечностей и туловища. Именно оно определяет речь и письмо. Существуют также вторичные сенсорные, ассоциативные и моторные поля. Прежде всего, это первая височная извилина - область Вернике, обеспечивающая понимание речи, а также важнейшая интегративная часть мозга - лобная доля, регулирующая программное обеспечение речи, сосредоточенное в зоне Брока в префронтальной коре.

Способность человека к анализу и синтезу речевых звуков, тесно связана с развитием фонематического слуха, т.е. слуха, обеспечивающего восприятие и понимание фонем данного языка.

Фонематический анализ - способность человека к анализу и синтезу речевых звуков, т.е. восприятие и понимание фонем языка. И главная роль в адекватном функционировании фонематического слуха принадлежит такому центральному органу речи как слухоречевая зона коры больших полушарий - это зона Вернике, расположенная в основании левой височной доли (или правой у левшей) - примерно на полпути от виска к затылку.

Зона Вернике ответственна за восприятие чужой речи, её семантический (смысловой) анализ, а также за организацию "содержания" нашей собственной речи. Не за подбор конкретных слов, но, скорее, за формулировку идей, формирование основного замысла наших высказываний. Зона Вернике мыслит в масштабах "фраз".

Зона Вернике имеет большое значение и для понимания речи. Звучание слова воспринимается первичной слуховой корой, но переработанные здесь сигналы должны пройти через прилегающую зону Вернике, чтобы звуки были истолкованы как речь. Далее информация передаётся одновременно в зону Брока (вторичную речевую зону), которая у лиц с доминированием речи по левому полушарию, находится в нижних отделах третьей лобной извилины левого полушария, и в глубину височной доли, где "хранится" наш словарный запас.

Зона Брока обеспечивает моторную организацию речи. Височная доля выдаёт в зону Брока подобранные слова, подходящие к заказанному смыслу, - уже в их фонетической структуре. Зона Брока, жонглируя словами, формирует предложения, организует грамматику и синтаксис - чтобы переправить уже готовый текст в ближайшую к ней артикуляционную моторную зону. И мы говорим.

**Проблема функциональной асимметрии**

Речь как функция мозга глубоко асимметрична. Лингвистические способности человека осуществляются преимущественно левым полушарием, структуры которого действуют как единый речевой механизм. После того как информация, заключенная в слове, обрабатывается в слуховой системе или в "неслуховых" образованиях мозга, она должна быть опознана по смыслу. Этот процесс осуществляется в зоне Вернике. Именно здесь обеспечивается понимание смысла поступающего сигнала - слова.

Корковые отделы левого полушария выполняют специфическую роль в восприятии, запоминании и воспроизведении речевого материала. Именно эти зоны необходимы для полноценного осуществления речевой функции как единого сенсорного, мыслительного и моторного процесса. Расположенные спереди зоны особенно важны для осуществления экспрессивной (выразительной) речи, а расположенные сзади - для восприятия смысл и речи.

Регуляция речи осуществляется с участием лимбической системы мозга, которая определяет интонационные характеристики речи и ее эмоциональный характер. Многие другие подкорковые образования мозга также принимают участие в речевой функции.

Таким образом, участие левого полушария необходимо для обнаружения и опознания артикулированных звуков речи, а правого - для опознания интонаций, уличных и бытовых шумов, музыкальных мелодий.

Высокий уровень общей речевой активности обеспечивается левым полушарием, а улучшение выделения сигнала из шума - правым. Правое полушарие: не способно реализовать команду для продуцирования речи, но оно обеспечивает понимание устной речи и написанных слов. Понимание речи, осуществляемое правым полушарием, ограничено конкретными именами существительными, в меньшей степени - отглагольными существительными, еще в меньшей степени - глаголами. Правое полушарие обеспечивает понимание эмоционального содержания интонаций, опознание по голосу, участвует в модуляции частот голоса.

Точность воспроизведения речи контролирует слуховая обратная связь, а также афферентация от мышечных и суставных рецепторов речеобразующих органов.

Подкорковый путь участвует в автоматизированных речевых процессах, не требующих обдумывания. Корковый путь участвует в сознательном контроле речи. Эти пути действуют одновременно и параллельно.

Правое и левое полушария выполняют разные функции, но совместно обеспечивают целенаправленное поведение.

И каждое полушарие имеет отделы особое мышление: левое - речевое, правое зрительно-пространственное.

Левое полушарие обрабатывает информацию аналитически и последовательно, а правое одновременно и целостно.

Каждое полушарий вносит свой уникальный вклад в речь и мышление.

При поражении центра Вернике возникают нарушения фонематического слуха, появляются затруднения в понимании устной речи, в письме под диктовку (сенсорная афазия). Речь такого больного достаточно беглая, но обычно бессмысленная, т.к. больной не замечает своих дефектов.

Поражение зоны Брока вызывает эфферентную моторную афазию, при которой собственная речь нарушается, а понимание чужой сохраняется.

При эфферентной моторной афазии нарушается кинетическая мелодия слов по причине невозможности плавного переключения с одного элемента высказывания на другой. Больные с афазией Брока осознают свои ошибки.

Для нормальной речевой деятельности необходима целостность зрительных и слуховых областей, моторного представительства речевых мышц, центров Брока и Вернике и угловой извилины. Нейрофизиологические исследования последнего времени показали, что мозговая система обеспечения речи наряду с перечисленными выше корковыми центрами включает также целый ряд подкорковых структур.

**5.3. Самостоятельная работа по теме – 140 мин.:**

- разбор темы;

- курация больных;

- заполнение протокола обследования;

- разбор заключений курируемых больных

- выявление ошибок.

**5.4. Итоговый контроль знаний – 30 мин:**

Тесты:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | В основе этого вида афазии лежит нарушение последовательной организации высказывания, планирования высказывания. Это:  1) динамическая афазия;  2) семантическая афазия;  3) афферентная моторная афазия;  4) акустико-мнестическая афазия.  Ответ: 1 |
| 2. | Кинетическая моторная афазия проявляется:  1) в устной речи.  2) при письме.  3) при чтении;  4) Все перечисленное  Ответ: 4 |
| 3. | Назовите функции лобных долей:  1) регуляция состояния активности;  2) регуляция движений и действий;  3) регуляция мнестических и интеллектуальных процессов;  4) Все перечисленное  Ответ: 4 |
| 4. | В каком из вариантов ответов обозначены все формы афазии (Лурия):   1. Сенсорная, моторная, динамическая, семантическая,   мнестическая   1. Акустико-гностическая, семантическая, акустико-   мнестическая   1. Акустико-гностическая, семантическая, афферентная   моторная, эфферентная моторная, динамическая, акустико-мнестическая   1. эфферентная моторная, афферентная моторная,   динамическая, тотальная  Ответ: 3 |
| 5. | Нарушение объёма удержания речевой информации, тормозимость слухо-речевой памяти. Это:  1) Динамическая афазия  2) Семантической афазии  3) Сенсорная афазия  4) Афферентная моторная афазия  5) Акустико-мнестическая афазия  Ответ: 5 |

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | У больного нарушена точная пространственно организованная и произвольно направленная деятельность артикуляционного аппарата, он не может повторить ни слова, ни слоги, ни звуки. Из анамнеза – перенес ОНМК, в первые дни собственная речь отсутствовала. В настоящее время: речь обеднена, отсутствует фразовая речь. Грубо нарушены чтение вслух и, особенно, запись не только слов, но и букв. Понимание ситуативной речи у больного относительно сохранно, но неточно.  1) как называется клинический синдром?  2) какие структуры повреждены?  Ответ:  1) Афферентная афазия.  2) Левая постцентральная область. |
| 2. | У больного, оперированного по поводу опухоли левой височной области, отмечается нарушение понимания устной и письменной речи, самостоятельная речь представлена «словесной окрошкой».  1. Как называется нарушение?  2. Какой нейропсихологический фактор задействован?  Ответ:  1. Сенсорная (акустико-гностическая) афазия  2. Нарушение фонематического слуха |
| 3. | У больного О. при поступлении наблюдались головные боли и быстрая астенизация. В последнее время появились трудности при изложении своих мыслей, так как не мог вспомнить нужное слово. Предметы описывал, исходя из их функции. При нейропсихологическом исследовании были выявлены нарушения речи следующего характера: а) извращение звукового состава слова, замена одного слова другим, неблизким по звучанию, б) нарушение повторной речи с трудностями при воспроизведении сходных фонем, в) снижение продукции при назывании существительных, г) наблюдались некоторые трудности в понимании речи и при звуковом анализе слова, д) при чтении и письме путал сходные фонемы.   1. Какие симптомы имели место у больного и с поражением какой мозговой зоны они связаны?   Ответ: Сенсорная афазия, проявляющаяся в нарушениях фонематического слуха, наличии литеральных и вербальных парафазий, расстройствах номинативной функции, в нарушениях экспрессивной и импрессивной речи, расстройствах чтения и письма. Эти симптомы свидетельствуют об очаговом процессе в верхних отделах левой височной области. |
| 4. | Из соматического отделения переведен больной, где находился по поводу тромбопенической пурпуры. На 10 день заболевания появилась головная боль, рвота, развилась слабость в правых конечностях, перестал понимать обращенную речь.  Объективно: в сознании, не понимает обращенную речь. Экспрессивная речь расстроена.   1. Какой вид афазии у данного больного? 2. Какие структуры повреждены?   Ответ:   1. Сенсорная афазия 2. Левая височная доля (средние и задние отделы верхней височной извилины) |
| 5. | В клинику поступил больной в экстренном порядке с жалобами на невозможность речи. Произносит только единичные слова, повторяя их («да-да», «нет-нет»). Понимает обращенную речь.  1. Какой вид афазии у данного больного?  2. Какие структуры повреждены?  Ответ:   1. Моторная афазия 2. Задние отделы нижней лобной извилины левого полушария (зона Брока). |

**6. Домашнее задание для уяснения темы занятия:**

1. Афазия. Виды афазий.
2. Виды речевых расстройств. Отличие афазии от дизартрии.
3. Локализация функций в коре головного мозга. Центры речи.
4. Теория А.Р. Лурия динамической системной организации высших корковых функций
5. Функциональная асимметрия полушарий головного мозга.

**7. Рекомендованная литература по теме занятия:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Издательство | Год  выпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Гусев Е. И. Неврология и нейрохирургия: учебник: в 2 т. / Е. И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова | СПб.: Питер | 2007 |
| 2. | Марютина Т.М. Психофизиология / Т.М. Марютина, И.М. Кондаков | М.: МГППУ | 2004 |
| 3. | Психофизиология. Учебник для вузов / Под ред. Ю.И. Александрова | СПб.: Питер | 2001 |
| 4. | Цветкова Л.С. Нейропсихология и афазия: новый подход. | М.: Московский психолого-социальный институт, Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК» | 2001 |
| 5. | Цветкова Л.С. Афазиология – современные проблемы и пути их решения | М.: Издательство «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК» | 2002 |
| 6. | Шкловский В.М., Визель Т.Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии | М.: «Ассоциация дефектологов» В. Секачев | 2000 |
| 7. | Шохор-Троцкая М.К. Коррекционно-педагогическая работа при афазии | М.: «Институт общегуманитарных исследований» В. Секачев | 2002 |

**Дополнительная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Вартанян И.А. Физиология сенсорных систем / И.А. Вартанян. | СПб.: Лань | 1999 |
| 2. | Бейн Э.С. Афазия и пути ее преодоления. | Л.: «Медицина» | 1964 |
| 3. | Бурлакова М.К. Речь и афазия. | М.: Медицина | 1997 |
| 4. | Винарская Е.Н. Клинические проблемы афазии (Нейролингвистический анализ). | М.: Изд-во «Медицина» | 1971. |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИБС КрасГМУ |
| 2. | БМ МедАрт |
| 3. | БД Ebsco |

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Проблемы афазии»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очно-заочная форма обучения)

**К СЕМИНАРСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 3**

**ТЕМА:** **«Атипичные афазии. Понятие проводниковой и подкорковой афазии. Нейродинамические нарушения речи. Клинико-нейропсихологическая характеристика».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители:

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №3**

**Тема:** «Атипичные афазии. Понятие проводниковой и подкорковой афазии. Нейродинамические нарушения речи. Клинико-нейропсихологическая характеристика».

**2. Форма организации занятия:** семинар – в интерактивной форме в виде дебатов.

**3. Значение изучения темы**:

Нейродинамические нарушения речи или подкорковая, или субкортикальная афазия (дисфазия), или таламическая, или стриокапсулярная дисфазия являются особым видом речевой патологии в основе которого лежат нарушения нейродинамического фактора, вне корковых центров речи и их ближайших связей. Они повторяют картину того или иного вида афазии, но отличаются высокой способностью к восстановлению, неустойчивостью симптомов. Изучение данной патологии позволяет дифференцировать данный речевой дефект и определить наиболее перспективное направление метода восстановления, в дополнении к классическому.

**4. Цели обучения:** освоения учебной дисциплины «Проблемы афазии» состоит в овладении знаниями психологической диагностики нарушений речи как высшей психической функции, психологической помощи и восстановлению афазии.

**Студент должен знать**:

* теоретические концепции, понятия, категории, принципы классификации в афазиологии;
* современную классификацию, клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения нарушений речи, протекающих в атипичной форме у различных возрастных групп и при различных нозологиях;
* методы диагностики и диагностические возможности методов непосредственного афазиологического обследования больного;
* клинику нарушений речи при атипичных видах афазии;
* особенности проведения афазиологического тестирования у пациентов, перенесших инсульт и черепно-мозговую травму.

**Студент должен уметь:**

* синтезировать знания, полученные в основных курсах специальности и специализаций по клинической нейропсихологии;
* поставить предварительный синдромальный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения нарушенного нейропсихологического фактора, нейропсихологического синдрома, установления афазиологического заключения;
* заполнить заключение обследования;
* наметить объем дополнительных обследований в соответствии с прогнозом развития болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата;
* составлять программы диагностического обследования, использовать основные исследовательские методы (афазиологическое, нейропсихологическое тестирование) с целью анализа специфики нарушений речевой деятельности;
* собрать анамнез заболевания, приведшего к нарушению речи;
* провести полное и сокращенное афазиологическое исследование в зависимости от возможностей пациента;
* иметь представление о нейровизуализационных методах обследования с целью уточнения диагноза основного заболевания;
* провести нейропсихологическую характеристику афазии;
* ориентироваться в теоретическом аппарате и основных направлениях нейропсихологии, обосновывать взаимосвязь между расстройствами психических функций, эмоционально-личностной сферы, сознания и нарушениями в работе мозга;
* применять выше перечисленные знания для решения научных и практических задач.

**Студент должен владеть**:

* правильным ведением протокола обследования;
* методами афазиологического обследования;
* интерпретацией результатов обследования;
* алгоритмом постановки синдромального диагноза;
* методологией синдромного анализа определения первичных и вторичных нарушений для решения задач профилактики и коррекции;
* современной отечественной классификацией афазий;
* структурированным знанием о нейропсихологическом (естественнонаучном) подходе к анализу связи между поведением и работой мозга, представлениями об основных ее проблемах и направлениях развития, методологией нейропсихологического обследования.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний – 10 мин.**

**Тесты:**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | Согласно классификации афазий Лурия, первичным речевым дефектом (предпосылкой) при моторной афазии является:  1) идеаторная апраксия  2) артикуляционная апраксия  3) конструктивная апраксия  4) акустическая агнозия  Ответ: 2 |
| **2.** | Согласно классификации афазий Лурия первичным дефектом при сенсорной афазии является:  1) идеаторная апраксия  2) артикуляционная апраксия  3) конструктивная апраксия  4) акустическая агнозия  Ответ: 4 |
| **3.** | При поражении левой лобной доли возникает афазия:  1) Сенсорная  2) Моторная  3) Амнестическая  4) Семантическая  Ответ: 2 |
| **4.** | Для поражения полосатого тела характерно:  1) уменьшение беглости речи и парафазии в сочетании с нарушением артикуляции  2) выраженные литеральные и вербальные парафазии, превращающие  речевую продукцию в "словесную окрошку"  3) выраженное нарушение повторения фраз  4) акустическая агнозия  Ответ: 1 |
| **5.** | Логорея – это:  1) перестановка слогов, слов  2) речевое недержание  3) отсутствие склонений и спряжений  4) повторение отдельных звуков  Ответ: 2 |

* 1. **Основные понятия и положения темы**

**Атипичные афазии.**

Согласно классификации афазий А.Р.Лурия, первичным речевым дефектом (предпосылкой) при моторной афазии эфферентного типа является эфферентная артикуляционная апраксия, состоящая в неспособности к повторению серий звуков речи, слогов, слов и фраз, что выражается в расстройстве серийной организации артикуляционного акта уже на уровне имитации. Системным следствием этого первичного дефекта является, по А.Р.Лурия, нарушение произносительной стороны собственной речи в различных видах речевой деятельности. Таким образом, синдром эфферентной моторной афазии складывается, соответственно учению об афазии А.Р.Лурия, из нарушения серийной стороны артикуляционного праксиса как на уровне имитации, так и на уровне собственной речи.

Однако, есть афазии, отличающиеся по клиническим проявлениям: для атипичной формы грубой моторной эфферентной афазии структура речевого дефекта была отличной от традиционной. Его атипичность состояла в сохранности орального и артикуляционного праксиса, т.е. предпосылок к способности говорить самостоятельно. Больные могут правильно или с незначительными затруднениями повторять звуки речи, слоги, слова и даже простые фразы. По остальным параметрам (речевая инертность, аспонтанность, инактивность, аграмматичность, нарушения чтения и письма, состояние невербальных функций и др.) не имеет существенных отличий от больных со стандартным вариантом эфферентной моторной афазией.

По А.Р. Лурия первичным дефектом при сенсорной афазии является речевая слуховая агнозия, лежащая в основе нарушений фонематического слуха. Больные теряют способность дифференцировать фонемы, т.е. выделять признаки звуков речи, несущих в языке смыслоразличительные функции. Расстройства фонематического слуха обусловливают грубые нарушения импрессивной речи - понимания. Появляется феномен отчуждения смысла слова, который характеризуется расслоением его звуковой оболочки и обозначаемого им предмета. Звуки - речи теряют для больного свое константное (стабильное) звучание и каждый раз воспринимаются искаженно, смешиваются между собой по тем или иным параметрам. В результате этой звуковой лабильности в экспрессивной речи больных появляются характерные дефекты: логорея (обилие речевой продукции) как «результат погони за ускользающим звуком», замены одних слов другими, одних звуков — другими — вербальные, литеральные парафазии, как в устной, так ив письменной речи. Темп высказывания убыстрен. Речь просодически насыщена, обильно используются паралингвистические средства. Часто отсутствует самоконтроль. При этом, как правило, сохраняется чувство грамматичности; у части больных имеются элементы глобального чтения и идеограммного письма, более сложные виды письма и чтения в состоянии распада.

Особенности речевого дефекта у больных с атипичной формой грубой сенсорной афазии состоит в отсутствии у них речевой слуховой агнозии, остается также относительно сохранным фонематический слух. Больные способны дифференцировать на слух слова и слоги, в т.ч. и с оппозиционными фонемами. Непострадавшими были у них и правила слого-ритмического кодирования слова. Это проявлялось в способности отличать звукокомплекс одного воспринимаемого слова от другого.

Вместе с тем у них грубые нарушения понимания речи и явления отчуждения смысла слова, т.е. симптомы, характерные для стандартной сенсорной афазии.

Остальные параметры речевого статуса больных сходные с теми, которые характеризуют речь больных со стандартными вариантами сенсорной афазии.

**Понятие проводниковой и подкорковой афазии**

Проводниковая афазия. Основной клинический признак проводниковой афазии - выраженное нарушение повторения фраз за врачом и чтения вслух. Нарушается также называние предметов по показу. Самостоятельная речь более сохранна, беглость речи не изменена, отсутствуют нарушения артикуляции. Однако могут отмечаться литеральные и вербальные парафазии. При письме под диктовку больной допускает орфографические ошибки, пропускает буквы и слова. Понимание устной и письменной речи при проводниковой афазии не нарушается.

Проводниковая афазия развивается при поражении белого вещества верхних отделов теменной доли доминантного полушария. Предполагаемый механизм развития речевых расстройств разобщение центров импрессивной и экспрессивной речи. Однако иногда проводниковая афазия сменяет сенсорную в процессе регресса речевых нарушений.

Подкорковые афазии. В большинстве случаев возникновение афазии связано с поражением корковых отделов головного мозга. Однако описаны афатические речевые расстройства при патологии базальных ядер.

Поражение таламуса может приводить к расстройствам экспрессивной речи, которые по своим клиническим характеристикам напоминают афазию Вернике (выраженные литеральные и вербальные парафазии, превращающие речевую продукцию в "словесную окрошку"). Отличительной особенностью таламической афазии от афазии Вернике является сохранность понимания речи и отсутствие нарушений при повторении фраз за врачом.

При поражении полосатого тела описано уменьшение беглости речи и парафазии в сочетании с нарушением артикуляции. Повторение за врачом и понимание речи остаются интактными.

Поражение задних отделов внутренней капсулы часто приводит к возникновению мягких речевых нарушений, которые трудно отнести к какому-либо определенному виду афазий.

**Нейродинамические нарушения речи**

Особым видом речевой патологии является синдром нейродинамических нарушений речи, который отличается высокой способностью к восстановлению. К характерным признакам нейродинамических нарушений речи относится флуктуация выраженности дефекта, как в различные дни наблюдения, так и в течение одного занятия.

Нейродинамические нарушения речи являются наиболее перспективным видом речевой патологии для восстановления. Диагноз нейродинамических нарушений речи должен устанавливаться на основе обнаружения при повторных трехкратных обследованиях флуктуативного речевого дефекта, иногда – в сочетании с нейродинамическим дефектом других высших мозговых функций. При этом виде патологии наблюдается сохранность первичных предпосылок речевой деятельности (фонематический слух, слухоречевая память, способность к свободному артикулированию, и т. п.).

При проведении дифференциального диагноза корковых и нейродинамических нарушений речи значимым для диагностики нейродинамических нарушений является обнаружение высокой вариабельности параметров компьютерного преобразования временных параметров речи при повторных (трехкратных) исследованиях ее временной структуры.

**5.3. Самостоятельная работа по теме – 140 мин.:**

- разбор темы;

- курация больных;

- заполнение протокола обследования;

- разбор заключений курируемых больных

- выявление ошибок.

**5.4. Итоговый контроль знаний – 30 мин.:**

Тесты:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Для проводниковой афазии не характерно:   1. выраженное нарушение повторения фраз 2. нарушение чтения вслух 3. сохранение самостоятельной речи 4. отсутствие самостоятельной речи   Ответ: 4 |
| 2. | Проводниковая афазия развивается при поражении:   1. белого вещества верхних отделов теменной доли доминантного полушария 2. белого вещества средних отделов лобной доли 3. белого вещества нижних отделов затылочной доли доминантного полушария 4. белого вещества нижних отделов теменной доли доминантного полушария   Ответ: 1 |
| 3. | Подкорковые афазии развиваются при поражении всего, кроме:   1. таламуса 2. мозжечка 3. полосатого тела 4. задних отделов внутренней капсулы   Ответ: 2 |
| 4. | Для атипичной формы сенсорной афазии не характерно:   1. слуховая агнозия 2. относительное сохранение фонематического слуха 3. нарушения понимания речи 4. дизартрия   Ответ: 1 |
| 5. | К характерным признакам нейродинамических нарушений речи относится:  1) бульбарная дизартрия  2) мозжечковая дизартрия  3) амнестическая афазия  4) флуктуация выраженности дефекта  Ответ: 4 |

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | У больного после ЧМТ появилось нарушение речи, проявляющееся выраженным нарушением повторения фраз за врачом и чтения вслух, нарушение называние предметов по показу. Самостоятельная речь сохранна, беглость речи не изменена, отсутствуют нарушения артикуляции. При письме под диктовку больной допускает орфографические ошибки, пропускает буквы и слова. Понимание устной и письменной речи при проводниковой афазии не нарушается.  1. Вид афазии?  2. Очаг поражения?  Ответ:  1. Проводниковая афазия  2. Поражение белого вещества верхних отделов теменной доли доминантного полушария. |
| 2. | Больной 60 лет переведен из ОРИТ, куда был госпитализирован по поводу ОНМК. При осмотре обращает на себя внимание нарушение речи по типу "словесной окрошки", перестановка слов, слогов. Обращенную речь понимает.  1. Синдром поражения?  2. Очаг поражения?  Ответ:  1. Атипичная сенсорная афазия (подкорковая афазия).  2. Поражение таламуса |
| 3. | В клинику поступил больной с жалобами на нарушение артикуляции, замедленную речь, перестановку слогов и слов в предложениях. Повторение за врачом и понимание речи без нарушений.  1. Синдром поражения  2. Локализация патологического процесса  Ответ:  1. Подкорковая афазия  2. Поражение полосатого тела |
| 4. | Больная А. 72 лет находится на реабилитационном лечении по поводу перенесенного ОНМК. При осмотре обращает на себя внимание легкий парез правой верхней конечности, преимущественно в дистальных отделах, нарушение речи: больная с незначительными затруднениями повторяет звуки речи, слоги, слова, простые фразы. Предпосылки к способности говорить самостоятельно сохранены.  1. Синдром поражения  2. Отличия типичной формы от атипичной.  Ответ:  1. Атипичная моторная афазия  2. Для атипичной формы моторной афазии сохранен оральный и артикуляционный праксис, т.е. предпосылки к способности говорить самостоятельно. Больные могут правильно или с незначительными затруднениями повторять звуки речи, слоги, слова и даже простые фразы. По остальным параметрам (речевая инертность, аспонтанность, инактивность, аграмматичность, нарушения чтения и письма, состояние невербальных функций и др.) не имеет существенных отличий от больных со стандартным вариантом эфферентной моторной афазией. |
| 5. | На скорой помощи в неврологическое отделение доставлен мужчина. Жалобы, со слов родственников, на непонимание речи окружающих лиц. Больной говорит много и быстро, часто повторяет одни и те же слова, вспыльчивый.  1. Какое нарушение у данного больного?  2. Отличия типичной форсы от атипичной?  Ответ:  1. Сенсорная афазия  2. Особенности речевого дефекта у больных с атипичной формой сенсорной афазии состоит в отсутствии у них речевой слуховой агнозии, остается также относительно сохранным фонематический слух. Больные способны дифференцировать на слух слова и слоги, в т.ч. и с оппозиционными фонемами, способность отличать звукокомплекс одного воспринимаемого слова от другого. Вместе с тем у них грубые нарушения понимания речи и явления отчуждения смысла слова, т.е. симптомы, характерные для стандартной сенсорной афазии. Остальные параметры речевого статуса больных сходные с теми, которые характеризуют речь больных со стандартными вариантами сенсорной афазии. |

**6. Домашнее задание для уяснения темы занятия**

1. Понятие об атипичных афазиях.
2. Отличия классических афазий от атипичных (моторная, сенсорная)
3. Проводниковая афазия
4. Подкорковая афазия
5. Понятие о нейродинамических нарушениях речи.

**7. Рекомендованная литература по теме занятия:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Издательство | Год  выпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Визель Т.Г. Нейролингвистический анализ атипичных форм афазии (системный интегративный подход). Автореф. докт. дисс. | М. | 2002 |
| 2. | Визель Т. Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов / Т. Г. Визель. | М.: Астрель | 2005 |
| 3. | Визель, Т. Г. Как вернуть речь / Т. Г. Визель. | М.: ЭКСМО-Пресс, В. Секачев. | 2001 |
| 4. | Визель, Т. Г. Нейролингвистичекая классификация афазий / Т. Г. Визель, Т. Б. Глезерман. | М.: Наука | 1986 |
| 5. | Цветкова Л.С. Афазиология – современные проблемы и пути их решения | М.: Издательство «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК» | 2002 |
| 6. | Шкловский В.М., Визель Т.Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии / В. Секачев | М.: «Ассоциация дефектологов» | 2000 |
| 7. | Шохор-Троцкая М.К. Коррекционно-педагогическая работа при афазии / В. Секачев | М.: «Институт общегуманитарных исследований» | 2002 |

**Дополнительная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Лапина Н. М. Особенности восстановления речи у больных с атипичными формами афазии (В острой стадии заболевания) : Дис. канд. пед. наук | М. | 2004 |
| 2. | Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. | СПб.: Питер | 2007 |
| 3. | Можейко, Е. Ю. Восстановление речевых нарушений у постинсультных больных: актуальность, проблемы и перспективы / Е. Ю. Можейко. | Сибирское медицинское обозрение – №2. | 2008 |
| 4. | Можейко, Е. Ю. Диагностика нейродинамических нарушений речи у постинсультных больных / Е. Ю. Можейко | Неврологический вестник - №2. | 2008 |
| 5. | Прокопенко, С. В. Возможности метода темпо-ритмовой коррекции в реабилитации нейродинамических нарушений речи / С. В. Прокопенко, Т. Г. Визель, Е. Ю. Можейко | Вестник восстановительной медицины №2. | 2008 |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИБС КрасГМУ |
| 2. | БМ МедАрт |
| 3. | БД Ebsco |

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Проблемы афазии»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очно-заочная форма обучения)

**К СЕМИНАРСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 5**

**ТЕМА:** **«Мультидисциплинарная реабилитация. Состав реабилитационной бригады. Роль афазиолога. Принципы оказания реабилитационной помощи при инсульте, черепно-мозговой травме».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №5**

**Тема:** «Мультидисциплинарная реабилитация. Состав реабилитационной бригады. Роль афазиолога. Принципы оказания реабилитационной помощи при инсульте, черепно-мозговой травме».

**2. Форма организации занятия:** семинар-экскурсия в интерактивной форме.

**3. Значение изучения темы:**

Наиболее частыми последствиями инсульта, черепно-мозговой травмы, нейрохирургического вмешательства являются нарушения речевой функции. Знание принципов оказания реабилитационной помощи и работы мультидисциплинарной бригады позволяет проводить комплексную речевую реабилитацию уже в остром периоде. Эти мероприятия способствуют восстановлению речевого общения, социально-бытовой компетентности и помогают пациенту избежать последствий социальной депривации.

**4. Цели обучения:** освоения учебной дисциплины «Проблемы афазии» состоит в овладении знаниями психологической диагностики нарушений речи как высшей психической функции, психологической помощи и восстановлению афазии.

**Студент должен знать**:

* основные методологические проблемы клинической афазиологии;
* клинику нарушений речи при основных видах афазии;
* особенности проведения афазиологического тестирования у пациентов, перенесших инсульт и черепно-мозговую травму;
* основы мультидисциплинарной нейрореабилитации;
* показания, противопоказания для различных видов афазиологической коррекции;
* основы организации мультидисциплинарной реабилитации больных в современных условиях.

**Студент должен уметь:**

* синтезировать знания, полученные в основных курсах специальности и специализаций по клинической нейропсихологии и восстановительному обучению;
* заполнить заключение обследования, записать план по восстановительному обучению;
* определить путь введения, оценить эффективность и безопасность проводимого восстановления;
* наметить объем дополнительных обследований в соответствии с прогнозом развития болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата;
* собрать анамнез заболевания, приведшего к нарушению речи;
* провести полное и сокращенное афазиологическое обследование в зависимости от возможностей пациента;
* иметь представление о нейровизуализационных методах обследования с целью уточнения диагноза основного заболевания;
* ориентироваться в теоретическом аппарате и основных направлениях нейропсихологии, обосновывать взаимосвязь между расстройствами психических функций, эмоционально-личностной сферы, сознания и нарушениями в работе мозга;
* применять выше перечисленные знания для решения научных и практических задач;
* определить алгоритм речевой реабилитации пациента неврологического профиля.

**Студент должен владеть**:

* основными подходами к анализу методологических проблем восстановления речи в современной афазиологии, приемами выбора и адаптации методов и методик исследования и восстановления разработанных в различных психологических школах;
* навыками планирования восстановительного обучения;
* правильным ведением протокола обследования;
* методами афазиологического обследования;
* интерпретацией результатов обследования;
* алгоритмом постановки синдромального диагноза;
* понятийным аппаратом, приемами и методами восстановительного обучения;
* определения первичных и вторичных нарушений для решения задач профилактики и коррекции;
* современными процедурами и технологиями афазиологического консультирования по вопросам восстановительного обучения;
* методами исследования, диагностики, профилактики и коррекции различных форм нарушений речи;
* современной отечественной классификацией афазий;
* методами коррекции различных форм нарушений ВПФ, используя игровые стратегии, поведенческих тренингов, использование БОС.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний – 10 мин.**

Тесты:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Комплекс мероприятий, направленных на восстановление нарушенных функций организма — это:  1) реформация  2) реабилитация  3) транслокация  4) трансплантация  Ответ: 2 |
| 2. | Реабилитация – это:  1) комплекс медицинских мероприятий по восстановлению трудоспособности и здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями.  2) комплекс медицинских, психологических, социальных мероприятий по восстановлению трудоспособности и здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями.  3) комплекс юридических мероприятий по восстановлению трудоспособности и здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями  4) комплекс педагогических мероприятий по восстановлению трудоспособности и здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями.  Ответ: 2 |
| 3. | Противопоказанием для лечебной физкультуры является  1) тяжелое состояние больного  2) косолапость  3) гипертоническая болезнь I степени  4) сколиоз  Ответ: 1 |
| 4. | Что не относится к этапам реабилитации?  1) стационарный  2) диспансерно-поликлинический  3) санаторно-курортный  4) профилактический  Ответ: 4 |
| 5. | Что не предусматривают задачи нейрореабилитации?  1) последствий повреждения  2) воздействия причинных факторов  3) нарушений жизнедеятельности  4) социальных ограничений  Ответ: 2 |

* 1. **Основные понятия и положения темы**

**Мультидисциплинарная реабилитация. Состав реабилитационной бригады. Роль афазиолога.**

Афазиолог — это специалист, изучающий расстройство речи в ее разнообразных аспектах. Афазиолог не занимается при этом патологией речевых органов. Клиникой таких расстройств процесса речи, как заикание, запинки, дислалия, врожденный псевдобульбарный паралич и т. д., занимаются другие специалисты.

Начинать речевую реабилитацию необходимо уже в остром периоде инсульта, как только позволит общее состояние больного и состояние его сознания. В связи с большой истощаемостью больных в острой стадии инсульта занятия на первых этапах следует проводить по 10 – 15 минут несколько раз в день. В дальнейшем длительность занятий увеличивается до 30 – 60 минут. По окончании занятия с логопедом – афазиологом даются задания «на дом». Обязательно необходимо привлекать к выполнению «домашних» заданий родных и близких больного (или заменяющую их сиделку), проводить их обучение. При возможности самостоятельного передвижения больного занятия проводятся в специально оборудованном различными дидактическими пособиями логопедическом кабинете. На поздних этапах реабилитации наряду с индивидуальными занятиями проводят групповые занятия, развивающие коммуникативную сторону речи.

Восстановление речи затягивается, как правило, на большие сроки, чем восстановление движений: на многие месяцы, а иногда и годы. Все это время больной должен амбулаторно заниматься с логопедом – афазиологом и обученными логопедом родственниками. Специалисты по восстановлению речи должны постоянно контактировать с родными и близкими больного, которые по заданию афазиолога могут упражнять больного в различных видах речевой деятельности, в чтении и письме и выполнять с ним домашние задания. Необходимо убедить членов семьи, что самым губительным для восстановления речи является «речевая изоляция» больного. Целесообразно использовать магнитофон, на который записывается речь больного (например, пересказ прочитанного текста) и больной, слыша ее, анализирует допущенные ошибки. Так осуществляется принцип обратной связи.

**Принципы оказания реабилитационной помощи при инсульте, черепно-мозговой травме.**

При инсульте:

1. Профилактика повторного инсульта и развития осложнений. Причиной инсульта у большинства больных являются гипертоническая болезнь; артериальная гипертония, обусловленная заболеваниями почек, эндокринными расстройствами; атеросклероз. Эти хронические заболевания не только являются причиной острой недостаточности мозгового кровообращения, но и представляют угрозу повторного инсульта уже в ближайшие недели. Поэтому, основная профилактика повторного инсульта заключается в устранении его причины - гипертензии. Важной составляющей профилактики повторного инсульта является исключение всех факторов риска заболевания, т.е. соблюдение двигательного режима, исключение физического и нервного перенапряжения, которым больные часто не придают должного внимания.
2. Двигательная реабилитация (гимнастика, ЛФК, массаж). В период восстановления нарушенных после инсульта функций проводятся общеукрепляющие и дыхательные упражнения, лечение положением, пассивные и активные движения, массаж. Позже к комплексу реабилитационных мероприятий добавляется лечебная физкультура, активный двигательный режим, физиотерапия. Ручной и аппаратный массаж применяется для восстановления мышечного тонуса, улучшения трофики тканей и предотвращения контрактур суставов пораженных конечностей. Лечебная гимнастика проводится по индивидуально разработанной программе и включает в себя дыхательную гимнастику, пассивные и активные упражнения с тренировочно-гимнастическим оборудованием (медболами, гантелями), спортивно-прикладные и игровые упражнения. Сеансы лечебной гимнастики проходят под контролем врача-ЛФК.
3. Физиотерапевтическое лечение, рефлексотерапия. По назначению лечащего врача могут быть выполнены физические методы лечения и рефлексотерапия, позволяющие уменьшить выраженность болевых ощущений, улучшить трофику, предупредить мышечную атрофию и развитие контрактур суставов, ускорить рассасывание кровоизлияний и восстановление после перенесенного инсульта.
4. Речевая реабилитация при различных типах афазии. При полной или частичной утрате речевой функции с больными работает логопед. В норме пациент должен слышать и понимать речь окружающих, понимать смысл сказанного, владеть собственной осмысленной речью, чтением и письмом. Поэтому, на первоначальном этапе логопед устанавливает контакт с пациентом и выясняет тип афазии, возникшей после инсульта. В постинсультном периоде часто приходится сталкиваться с бесконтрольной бессмысленной речью ("словесная окрошка"), забыванием названий предметов обихода, затруднениями повторения слов, непониманием смысла простых фраз ("брат отца" и "отец брата") и т.п. Для речевой реабилитации больного после инсульта совместно с логопедом вырабатывается правильное дыхание, проводится гимнастика для лицевой мускулатуры, восстанавливается темп речи и интонация. Больные практикуются в повторении фраз за логопедом, в выполнении простых упражнений и заданий, которые постепенно усложняются.
5. Медицинский и гигиенический уход за больными. Круглосуточный мониторинг состояния пациента, измерение артериального давления, пульса и температуры, контроль за приемом лекарственных средств., противопролежневые мероприятия, дыхательная гимнастика и массаж, которые проводятся у лежачих постинсультных больных несколько раз в сутки. Гигиенические мероприятия выполняются ежедневно и круглосуточно и включают в себя уход за кожей, волосами, ногтями; смену нательного и постельного белья; помощь при физиологических отправлениях и др. процедуры ухода согласно перечню мероприятий сестринского ухода
6. Психотерапевтическая коррекция и социальная поддержка. Первоочередной целью психотерапевтической коррекции является лечение депрессии и создание у пациента настроя «на позитив», а также улучшение памяти, внимания, мышления; устранение раздражительности и беспокойства. По показаниям, к работе с больными после инсульта могут быть привлечены психотерапевт и психолог, что является важной составляющей постинсультной реабилитации и позволяет смягчить эмоциональное реагирование пациента на болезнь. Социальная поддержка пациента, перенесшего инсульт, призвана разрушить монотонность постельного образа жизни, восполнить дефицит общения, избавить от страха отчужденности и одиночества.

При ЧМТ:

1. Интенсивная терапия.

* Физиотерапия. Помогает восстановить мышечную силу, гибкость, вернуть физическую выносливость, координацию движения и баланс.
* Восстановление трудоспособности. Помогает вернуть навыки, необходимые в повседневной жизни: питание, глотание, купание, одевание, выполнение других бытовых задач.
* Речевая терапия. Помогает больному выражать свои мысли, а также понимать речь других.
* Социальная терапия. Проводятся занятия, помогающие повысить чувство собственного достоинства, двигательные, когнитивные навыки.
* Психологическая терапия. Врачи помогают справиться с эмоциями, переживаниями, закомплексованностью.

1. Щадящая терапия – это менее интенсивный уровень. Больные проходят его в течение продолжительного периода. Большинство пациентов, которым назначается этот курс, смогли частично восстановить некоторые функции в ходе интенсивной терапии, но не все. Чаще такой вид терапии применяют в домах престарелых и при оказании помощи инвалидам.
2. Амбулаторная реабилитация. Врачи назначают такой вид терапии для тех, кто уже прошел первоначальные этапы нейрореабилитации и почти вернулся к обычному образу жизни, но требуется незначительное лечение в определенных областях. Каждому пациенту составляется индивидуальный план, чтобы преумножить результаты, достигнутые в ходе интенсивного курса.
3. Социальная терапия. Одной из составляющих восстановительной программы служит специальный курс, направленный на возвращение людей, перенесших ЧМТ, к работе, к учебе или другим повседневным делам.

**5.3. Самостоятельная работа по теме – 140 мин.:**

- разбор темы;

- курация больных;

- заполнение протокола обследования;

- разбор заключений и определение метода речевого восстановления;

- выявление ошибок.

**5.4. Итоговый контроль знаний – 30 мин.:**

Тесты:

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | Что не относится к основным принципами медицинской реабилитации?  1) раннее начало  2) системность и этапность  3) партнерство врача и больного  4) государственность  Ответ: 4 |
| **2.** | Что является наиболее объективной оценкой эффективности реабилитации?  1) экономическая оценка преодоления ущерба от нетрудоспособности  2) самооценка пациента  3) комплексная оценка с включением критериев качества жизни  4) оценка отдаленных результатов  Ответ: 3 |
| **3.** | Сколько этапов реабилитации больных существует?  1) 1  2) 2  3) 3  4) 4  Ответ: 3 |
| **4.** | Что является основной задачей амбулаторно-поликлинического этапа реабилитации?  1) лечение очагов инфекции  2) восстановление работоспособности  3) повышение устойчивости организма к метеорологическим  колебаниям  4) улучшение двигательных функций  Ответ: 2 |
| **5.** | Профилактика повторного инсульта включает в себя всё, кроме:  1) нормализация АД  2) ограничение двигательной активности  3) контроль общеклинических показателей  4) соблюдение диеты  Ответ: 2 |

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Больной Б. 51года находится в стационаре на лечении. Из анамнеза известно, что 2 недели назад поступил экстренно машиной скорой медицинской помощи с закрытой черепно-мозговой травмой. На данный момент сохраняются очаговые изменения поражения головного мозга: центральный правосторонний гепимарез, моторная афазия.  1. Тактика дальнейшего ведения больного.  2. Назовите этапы медицинской реабилитации  Ответ:  1.Стационарное лечение, перевод в амбулаторно-поликлиническую сеть с дальнейшими курсами нейрореабилитации  2. Стационарный, амбулаторно-поликлинический, санаторно-курортный. |
| 2. | Больная О. 67лет, находившаяся на лечении в неврологическом сационаре по поводу ОНМК, выписана домой с остаточной очаговой симптоматикой, нарушением речи по типу сенсорной афазии.  1. Дальнейшее ведение больной в амбулаторно-поликлинической сети  2. Как рано следует начинать речевую реабилитацию?  Ответ:  1. Взятие на диспансерный учет, профилактика повторных ОНМК, разработка плана дальнейшей нейрореабилитации.  2. Начинать речевую реабилитацию необходимо уже в остром периоде инсульта, как только позволит общее состояние больного и состояние его сознания. В связи с большой истощаемостью больных в острой стадии инсульта занятия на первых этапах следует проводить по 10 – 15 минут несколько раз в день. В дальнейшем длительность занятий увеличивается до 30 – 60 минут. По окончании занятия с логопедом – афазиологом даются задания «на дом». Обязательно необходимо привлекать к выполнению «домашних» заданий родных и близких больного (или заменяющую их сиделку), проводить их обучение. При возможности самостоятельного передвижения больного занятия проводятся в специально оборудованном различными дидактическими пособиями логопедическом кабинете. На поздних этапах реабилитации наряду с индивидуальными занятиями проводят групповые занятия, развивающие коммуникативную сторону речи. |
| 3. | В хирургический стационар поступил больной А. 32лет в экстренном порядке с закрытой черепно-мозговой травмой. Проведены мероприятия по оказанию специализированной медицинской помощи. Через 12 ч больной в сознании, но не может ничего сказать, обращенную речь понимает.  1. Укажите, какие структуры мозга повреждены?  2. Курс реабилитации для данного больного?  Ответ:  1. Задние отделы нижней лобной извилины левого полушария (зона Брока)  2. Интенсивная терапия (физиотерапия, восстановление трудоспособности, речевая терапия, психологическая терапия). Щадящая терапия. Амбулаторная реабилитация. Социальная реабилитация. |
| 4. | В отделение нейрореабилитации поступил больной после перенесенного инсульта. Данные осмотра: центральный средний тетрапарез справа, моторная афазия.  1. План реабилитации?  2. В чем заключается двигательная реабилитация?  Ответ:  1. Профилактика повторного инсульта. Двигательная реабилитация. Физиотерапевтическое лечение, рефлексотерапия. Речевая реабилитация. Психотерапевтическая коррекция и социальная поддержка.  2. Двигательная реабилитация (гимнастика, ЛФК, массаж). В период восстановления нарушенных после инсульта функций проводятся общеукрепляющие и дыхательные упражнения, лечение положением, пассивные и активные движения, массаж. Позже к комплексу реабилитационных мероприятий добавляется лечебная физкультура, активный двигательный режим, физиотерапия. Ручной и аппаратный массаж применяется для восстановления мышечного тонуса, улучшения трофики тканей и предотвращения контрактур суставов пораженных конечностей. Лечебная гимнастика проводится по индивидуально разработанной программе и включает в себя дыхательную гимнастику, пассивные и активные упражнения с тренировочно-гимнастическим оборудованием (медболами, гантелями), спортивно-прикладные и игровые упражнения. Сеансы лечебной гимнастики проходят под контролем врача-ЛФК. |
| 5. | В отделение нейрореабилитации поступила больная А., из анамнеза которой известно, что 2 года назад перенесла инсульт. На фоне реабилитационных мероприятий отмечается регресс очаговой симптоматики: снижение пареза конечностей, но сохраняется моторная афазия.  1. В чем заключается речевая реабилитация?  2. Назовите основные этапы реабилитации?  Ответ:  1. При полной или частичной утрате речевой функции с больными работает логопед. В норме пациент должен слышать и понимать речь окружающих, понимать смысл сказанного, владеть собственной осмысленной речью, чтением и письмом. Поэтому, на первоначальном этапе логопед устанавливает контакт с пациентом и выясняет тип афазии, возникшей после инсульта. Для речевой реабилитации больного после инсульта совместно с логопедом вырабатывается правильное дыхание, проводится гимнастика для лицевой мускулатуры, восстанавливается темп речи и интонация. Больные практикуются в повторении фраз за логопедом, в выполнении простых упражнений и заданий, которые постепенно усложняются.  2. Стационарный, амбулаторно-поликлинический, санаторно-курортный. |

**6. Домашнее задание для уяснения темы занятия**

1. Понятие о мультидисциплинарной реабилитации
2. Состав реабилитационной бригады
3. Роль афазиолога в реабилитации
4. Принципы оказания реабилитационной помощи при инсульте
5. Принципы оказания реабилитационной помощи при черепно-мозговой травме

**7. Рекомендованная литература по теме занятия:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Издательство | Год  выпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Цветкова Л.С. Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга | М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК» | 2010 |
| 2. | Марютина Т.М. Психофизиология / Т.М. Марютина, И.М. Кондаков | М.: МГППУ | 2004 |
| 3. | Цветкова Л.С. Нейропсихология и афазия: новый подход. | М.: Московский психолого-социальный институт, Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК» | 2001 |
| 4. | Цветкова Л.С. Афазиология – современные проблемы и пути их решения | М.: Издательство «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК» | 2002 |
| 5. | Шкловский В.М., Визель Т.Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии / В. Секачев | М.: «Ассоциация дефектологов» | 2000 |
| 6. | Шохор-Троцкая М.К. Коррекционно-педагогическая работа при афазии / В. Секачев | М.: «Институт общегуманитарных исследований» | 2002 |
|  |  |  |  |

**Дополнительная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Вартанян И.А. Физиология сенсорных систем / И.А. Вартанян. | СПб.: Лань | 1999 |
| 2. | Бейн Э.С. Афазия и пути ее преодоления. | Л.: «Медицина» | 1964 |
| 3. | Бурлакова М.К. Речь и афазия. | М.: Медицина | 1997 |
| 4. | Винарская Е.Н. Клинические проблемы афазии (Нейролингвистический анализ). | М.: Изд-во «Медицина» | 1971. |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИБС КрасГМУ |
| 2. | БМ МедАрт |
| 3. | БД Ebsco |