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 УКАЗАНИЙ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ 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 ПРАКТИЧЕСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 2**

**ТЕМА:** **«Клинико-нейропсихологическая характеристика афазий. Основные цели и задачи афазиологического тестирования. Требования к проведению тестирования».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители:

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №2**

**Тема:** «Клинико-нейропсихологическая характеристика афазий. Основные цели и задачи афазиологического тестирования. Требования к проведению тестирования».

**2. Форма организации занятия:** практическое занятие в интерактивной форме - занятие в малых группах.

**3. Значение изучения темы**

Речь и ее нарушения изучаются целым рядом дисциплин, в задачи афазиологии входит исследование разных форм патологии речи, возникающих при локальных поражениях мозга. Обследование позволяет выявить сохранные и утраченные звенья речевой функции, определить тактику и адекватные методы восстановительного или корригирующего обучения, определения его прогноза. Правильное определение афазиологом нарушений функциональной системы мозга играет важную роль в проведении экспертной работы и учитываются при разработке программ нейрореабилитации.

**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, особенности и ограничения методов афазиологического обследования;
* современную классификацию, клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения нарушений речи, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп и при различных нозологиях;
* методы диагностики и диагностические возможности методов непосредственного афазиологического обследования больного;
* клинику нарушений речи при основных видах афазии;
* особенности проведения афазиологического тестирования у пациентов, перенесших инсульт и черепно-мозговую травму;
* особенности клинически проявлений различных видов афазий и дизартрий;
* понятие о синдромном анализе афазии.

**Студент должен уметь:**

* 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;
* 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. | Какое нарушение не является афазией:1) Моторная2) Дизартрия3) Сенсорная4) Амнестическая Ответ: 2 |
| 2. | Назовите симптомы сенсорной (акустико-гностической) афазии:1) В речи больного характерны слова – «эмболы»2) Не понимает обращенную речь, многословен, для речи характерен «салат из слов», парафазии3) Определяется апраксия (моторная, идеаторная, конструктивная)4) Расстройство памяти на ранее выработанные представления и понятияОтвет: 2 |
| 3. | При поражении теменно – височно — затылочной области возникает:1) Моторная афазия2) Сенсорная афазия3) Семантическая афазия4) Амнестическая афазияОтвет: 4 |
| 4. | При поражении левой теменно-височной области у правшей возникает всё, кроме:1) Моторная афазия2) Сенсорная афазия3) Семантическая афазия4) Амнестическая афазияОтвет: 1 |
| 5. | Для семантической афазии характерно:1) Нарушено понимание смысла предложений, выраженного с помощью сложных логико-грамматических конструкций2) Нарушение всех компонентов экспрессивной речи3) Нарушение понимания речи как окружающей, так и своей4) Забывание названия предметов, имен.Ответ: 1 |

**5.2. Основные понятия и положения темы**

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

- разбор темы;

- курация больных;

- заполнение протоколов обследования;

- разбор заключений;

- исправление ошибок.

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

Тесты:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Для афферентной моторной афазии характерно:1) Нарушение номинативной функции речи, нарушение предметных образов-представлений2) Нарушение кинестетического ( чувствительного) фактора3) Нарушение объема восприятия предметных образов4) Нарушение понимания речи, является нарушение фонематического слухаОтвет: 2 |
| 2. | 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 |
| 3. | В исследование общей способности больного к речевой коммуникации входит определение всего, кроме:1) Понимания ситуативной речи; ориентации в месте и времени;2) Степень речевой активности; 3) Темп речи, ее общих ритмико-мелодических характеристик, степень разборчивости4) Воспроизведение событий минувших летОтвет: 4 |
| 4. | При поражении средних отделов височной извилины характерно:1) динамическая афазия;2) семантическая афазия;3) афферентная моторная афазия;4) акустико-мнестическая афазия.Ответ: 4 |
| 5. | В схему обследования высших психических функций при афазии входит:1) Исследование повторной речи2) Исследование функции называния3) Исследование фонематического слуха4) Всё перечисленное верноОтвет: 4 |

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | У больного Д., 25 лет, после полученной во время спортивной тренировки черепно–мозговой травмы утратилась способность различать людей по голосу, узнавать музыкальные мелодии и снизилась чувствительность на левой стороне тела. В отделении неврологии, куда он был доставлен, при проведении нейропсихологического исследования обнаружены следующие нарушения: а) снижение тактильной чувствительности преимущественно на левой руке, проявившееся в пробах на локализацию точки прикосновения, Ферстера и при переносе поз слева направо, б) трудности при воспроизведении простых ритмов обеими руками, в) невозможность дифференциации индивидуальной принадлежности голоса, г) избирательное узнавание бытовых шумов, д) непонимание речи окружающих, и своей речи 1. Синдром поражения?2. Вид афазии при данном расстройстве?Ответ: 1. Синдромы поражения правых височной и верхнетеменной областей коры.2. Сенсорная афазия |
| 2. | В реанимационное отделение переведена женщина из кардиологии, где лечилась по поводу эндокардита. Неврологический статус: правосторонний гемипарез, сенсо-моторная афазия. 1. Очаг поражения?2. Виды афазийОтвет:1. Лобно-височная область слева2. Эфферентная моторная афазия, афферентная моторная фаза амнестическая афазия, динамическая афазия, сенсорная афазия, акустико — мнестическая афазия, семантическая афазия |
| 3. | В неврологическое отделение поступил больной А. Из анамнеза известно болен феохромоцитомой, накануне отдыхал с друзьями на оз. Шира. На 3день отдыха почувствовал сильную головную боль, тошноту, а затем потерял сознание. При осмотре: больной понимает обращенную речь, выполняет правильно инструкции, однако говорит отдельные слова, повторяя их несколько раз. Не может письменно написать, что он хотел сказать.1. Синдром поражения?2. Очаг поражения?Ответ:1. Моторная афазия2. Левая лобная доля |
| 4. | В клинику обратился больной М. с жалобами на забывание названий предметов. Больной не может назвать предмет, но описывает его качества, определяет его назначение. При подсказке начального слова больной сразу называет слово целиком. Понимание речи не нарушено.1. Синдром поражения?2. Очаг поражения?Ответ:1. Амнестическая афазия2. Поражение нижних и задних отделов теменной и височной областей |
| 5. | Больной А. 57лет госпитализирован в неврологическое отделение с жалобами на нарушение речи. При разговоре с больным обращает на себя внимание замедленная, невыразительная, малопонятная речь, с поисками нужных слов, перестановкой слов и слогов. Из анамнеза известно, что страдает гипертонической болезнью.1. Синдром поражения?2. Что входит в схему обследования высших психических функций при афазии?Ответ:1. Моторная афазияИсследования общей способности больного к речевой коммуникации, понимания речи, автоматизированной речи, повторной речи, функции называния, фонематического слуха, слухоречевой памяти, смысла слов, чтения и письма, счета, орального и артикуляторного, а также пространственного праксиса. |

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

1. Клинико-нейропсихологическая характеристика афазий.

2. Цели афазиологического тестирования.

3. Задачи афазиологического тестирования.

4. Требования к проведению тестирования.

5. Схема обследования высших психических функций при афазии.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Наименование | Издательство | Годвыпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Лурия А.Р. Основы нейропсихологии | М. | 1973 |
| 2. | Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. Второе дополненное издание. | М. | 1969 |
| 3. | Хомская Е. Д. Нейропсихология: 4-е издание.  | СПб.: Питер | 2005 |
| 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. | Прибрам К. Языки мозга: эксперимент, методика и принципы нейропсихологии. | М. | 1975 |
| 3. | Бурлакова М.К. Речь и афазия.  | М.: Медицина | 1997 |
| 4. | Цветкова Л. С. Введение в нейропсихологию и восстановительное обучение.  | М. | 2000 |

**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 ПРАКТИЧЕСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 4**

**ТЕМА: «Восстановление речи при различных видах афазий (эфферентная моторная афазия, афферентная, динамическая афазия, сенсорная). Принципы построения программы восстановления. Значение лекарственной терапии».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители:

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №4**

**Тема:** «Восстановление речи при различных видах афазий (эфферентная моторная афазия, афферентная, динамическая афазия, сенсорная). Принципы построения программы восстановления. Значение лекарственной терапии».

**2. Форма организации занятия:** практическое занятие в традиционной форме.

**3. Значение изучения темы**

Наиболее частыми последствиями инсульта, черепно-мозговой травмы, нейрохирургического вмешательства являются нарушения речевой функции. Знание принципов построения программы реабилитационной помощи позволяет проводить комплексное восстановительное лечение уже в остром периоде.  Как правило, психологическая реабилитация и коррекция сочетаются с направленным фармакологическим воздействием. 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.**

Тесты:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Для динамической афазии характерно:1) забывание названий предметов2) утрата рецептивной и экспрессивной речи3) нарушение последовательной организации высказывания, планирования высказывания4) нарушение слухового гнозисаОтвет: 3 |
| 2. | Отличительная особенность моторной эфферентной афазии от моторной афферентной афазии1) утрата всех видов устной речи2) «телеграфный стиль»3) нарушение артикуляции4) оральная апраксияОтвет: 2 |
| 3. | При поражении коры левой височной извилины возникает афазия:1) моторная афферентная2) моторная эфферентная3) сенсорная4) динамическаяОтвет: 3 |
| 4. | Литарельные и вербальные парафазии характерны для:1) моторной афазии2) сенсорной афазии3) тотальной афазии4) семантической афазииОтвет: 1 |
| 5. | Для моторной афферентной афазии характерно всё, кроме:1) утрата всех видов устной речи2) страдает чтение и письмо3) нарушение артикуляции4) литеральная персеверацияОтвет: 4 |

**5.2. Основные понятия и положения темы**

**Восстановление речи при различных видах афазий (эфферентная моторная афазия, афферентная, динамическая афазия, сенсорная)**

Восстановление речи в большинстве случаев не происходит спонтанно. Лечение больных с афазией не ограничивается обычной восстановительной терапией (лекарственные препараты, массаж, лечебная физкультура и пр.), они, как правило, нуждаются в длительной комплексной реабилитации.

Основной задачей речевой реабилитации является не только восстановление речи, но и социальная реадаптация. Раннее начало реабилитации способствует более полному восстановлению речевой функции и влияет на его темп.

Максимальная эффективность достигается при начале речевой реабилитации в первые 3 месяца, при проведении реабилитационных мероприятий не менее 3 часов каждую неделю в течение 5 месяцев и более. В ряде случаев постепенное улучшение речи продолжается и в сроки более 6 месяцев (вплоть до 2 лет).

Выбор конкретной технологии речевой реабилитации зависит от периода и этапа восстановления речевой функции. Задачи этапа реабилитации, определяемые индивидуальным планом (программой реабилитации), соответствуют характеру и степени нарушения речи.

В остром и раннем периоде восстановительная работа ведется при относительно пассивном участии больного в процессе восстановления речи. На более поздних этапах восстановления от пациента требуется активное участие в реабилитации.

В остром периоде занятия логопеда заключаются в установлении контакта с больным, в нейропсихологическом обследовании, направленном на выявление его речевых, интеллектуальных возможностей, остаточных возможностей высших психических функций, изучении эмоционально-волевой сферы. В этот период занятия логопеда должны носить преимущественно психотерапевтический характер. Первое время занятия рекомендуется проводить шепотом.

К концу 3-й недели после инсульта в большинстве случаев вырисовывается основная форма афазии и начинается ранний восстановительный период (до 6 мес), когда ведется работа с конкретной формой афазии.

К методикам раннего этапа восстановления относятся:

- стимулирование понимания речи на слух (при разных формах афазии);

- растормаживание экспрессивной стороны речи при моторной афферентной и эфферентной афазии (автоматизированные речевые ряды, пословицы, песни, фразы с жестким контекстом, речевые задания побудительного характера, образцы речевых оборотов, необходимых для элементарного общения, чтение коротких фраз и стихов);

- методики предупреждения аграмматизма (телеграфный стиль) — стимулирование употребления в ответах глагольной лексики;

- методики стимулирования глобального чтения и письма

На поздних, резидуальных этапах логотерапии более активно используется механизм компенсации; речевая функция не восстанавливается в прежнем виде, а меняет свое строение.

Практика показывает, что одна и та же форма афазии проявляется у разных людей по-разному в зависимости от их преморбидного образовательного и культурного уровня, знания языков, особенностей личности. Нередко у разных больных отмечаются на первый взгляд совершенно одинаковые речевые симптомы. Но, как показывает наш опыт, механизмы этих симптомов отличаются друг от друга. В подобных случаях, несмотря на схожесть речевых расстройств, должны применяться различные методы логотерапии. Частные и индивидуальные задачи позднего и резидуального периода составляются для каждого больного исходя из степени тяжести и формы их речевого расстройства.

При сенсорной акустико-гностической афазии проводится работа по восстановлению фонематического слуха (дифференциация слов, контрастных по продолжительности слоговой структуры, ритму и звуковому рисунку, дифференциация на слух оппозиционных и близких по звучанию фонем), восстановлению лексического состава речи и преодолению экспрессивного аграмматизма, восстановлению чтения, письма.

При акустико-мнестической афазии работа логопеда направлена на восстановление слухоречевой памяти, письменного высказывания.

При семантической афазии ведется работа по преодолению импрессивного аграмматизма.

При моторной афферентной афазии усилия направлены на преодоление нарушений кинестетического гнозиса и праксиса, восстановление артикуляционной кинестетической основы речепроизводства, преодоление аграфий, восстановление высказывания.

При моторной эфферентной афазии коррекционная работа строится на привнесении извне программы и схемы речевого высказывания, начиная от программирования и планирования слоговой структуры слова и заканчивая восстановлением планирования фразы и текста.

При динамической афазии основной задачей коррекционной работы является преодоление инертности в речевом высказывании (преодоление дефектов внутреннего речевого программирования, восстановление грамматического структурирования: задания на восстановление порядка слов в деформированных предложениях, создание внешних программ высказывания, серии последовательных картинок, ведение диалогов по ключевым словам, пересказ текстов по вопросам и ключевым словам).

На всех этапах речевой реабилитации важнейшее значение имеет эмоциональный фактор. Больные постоянно нуждаются в ободряющих беседах, в формировании положительной мотивации к занятиям, в правильном отношении к себе. Восстановление речи требует времени больше, чем улучшение общего состояния пациента. В течение первых двух лет после инсульта или черепно-мозговой травмы желательно, чтобы больной регулярно занимался как в стационаре (1—2 мес), так и в поликлинике. Через каждые 2—3 месяца занятий делается небольшой перерыв (1—2 мес). Общая продолжительность логопедических занятий составляет 2—3 года.

Логопедическая работа при афазии – длительный и трудоемкий процесс, требующий сотрудничества врача, логопеда, пациента и его ближайшего окружения, причем восстановление речи должно проходить не эмпирически, а квалифицированно, на серьезном профессиональном уровне. Поэтому важен отбор больных для проведения интенсивного восстановительного лечения и обучения. Следует принимать во внимание прогностическое значение отдельных факторов, влияющих на эффективность восстановления (возраст, преморбидный уровень, мотивация, наличие признаков левшества, соматические заболевания и их динамика).

**Значение лекарственной терапии**

Лечение афазии заключается в терапии основного заболевания, приведшего к нарушению речи.

В комплексе реабилитационных мероприятий назначаются группы препаратов вазоактивных, антихолинэстеразных, катехоламинэргических, психотропных, общетонизирующего и психостимулирующего действия, миорелаксантов, ноотропных.

Лечения афазии препаратом из группы вазоактивных - кавинтоном. Действие препарата сосудорасширяющее. По данным результатам его применения у больных увеличилась речевая активность, улучшилось внимание, нормализовалась эмоционально-волевая сфера. Вместе с тем влияния на отдельные высшие корковые функции (понимание, чтение, письмо) не отмечено.

Лечения афазии с использованием антихолинэстеразных веществ (прозерина, галантамина, амиридина): оказывают влияние на эфферентное звено речевой деятельности, за счет снижения тонуса речевой мускулатуры. Применение препаратов ограничено отдельными видами афазий (моторными). Существенным недостатком этого способа лечения является влияние на вегетативную нервную систему с нарушением сердечно-сосудистой, дыхательной деятельности.

Лечения афазий с применением препаратов, влияющих на катехоламинэргическую, в частности, дофаминергическую систему мозга. При применении Л-ДОПА и мадопара выявлено повышение общей речевой активности. Однако этот метод широкого распространения в клинической практике не получил вследствие нестойкого положительного эффекта, а также побочных влияний, характеризующихся углублением дефектов правого полушария (нарушением пространственной ориентации больных).

Лечения афазий с применением миорелаксантов (мидокалма, элатина, мелликтина). Показано положительное влияние этих препаратов на скрытые периоды ответов больных в диалоге. Препараты имеют серьезные побочные эффекты на сердечно-сосудистую, дыхательную системы (брадикардия, брадипноэ).

Лечения афазий психотропными препаратами, в том числе антидепрессантом, психофорином в сочетании с мидокалмом. Отмечено улучшение деятельности речедвигательного анализатора, т.е. эфферентного звена речевой деятельности.

Лечения афазий препаратами общетонизирующего действия (кофеин-натрия бензоат, корень женьшеня)- улучшение эфферентного звена речевой, нестойкого общестимулирующего действия, побочного влияния на сердечно-сосудистую систему.

Лечения афазий ноотропными препаратами - общий тонизирующий характер, специфической активации отдельных компонентов речевой деятельности (письма, чтения, понимания) нет. Кроме того, при длительном применении ноотропов в ряде случаев отмечается нежелательное влияние на сердечно-сосудистую систему в виде усиления болей за грудиной при ишемической болезни сердца, расстройства сна.

Лечения афазий с использованием препарата гаммолон, относящегося к группе ноотропных веществ - имеет психостимулирующее фармакологическое действие, повышение общей и речевой активности больных; у ряда пациентов - отдельных речевых функций (повторения, называния, чтения, письма).

Лечение афазий с использованием нейропептид-вазопрессин аналог аргинин-вазопрессина (ДДАВП) - уменьшение выраженности речевых расстройств, улучшение экспрессивной и импрессивной речи больных с разными формами афазий (кроме афферентной моторной афазии), оптимизация внимания и работоспособности больных, улучшение качества логотерапии.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор темы;

- чтение рефератов;

- курация больных;

- составление плана речевой реабилитации;

- разбор курируемых больных;

- разбор ошибок.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

Тесты:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | При акустико-мнестической афазии работа логопеда направлена на восстановление:1) импрессивного аграмматизма2) слухоречевой памяти3) преодоление нарушений кинестетического гнозиса4) по восстановлению фонематического слухаОтвет: 2 |
| 2. |  К методикам раннего этапа восстановления относятся: 1) стимулирование понимания речи на слух 2) растормаживание экспрессивной стороны речи при моторной афферентной и эфферентной афазии3) методики стимулирования глобального чтения и письма4)всё перечисленноеОтвет: 4 |
| 3. |  При моторной афферентной афазии усилия направлены на:1) импрессивного аграмматизма2) слухоречевой памяти3) преодоление нарушений кинестетического гнозиса4) по восстановлению фонематического слухаОтвет: 3 |
| 4. |  В комплексе реабилитационных мероприятий назначаются группы препаратов всё, кроме:1) антихолинэстеразных2) психотропных3) ноотропных4) аналептиковОтвет: 4 |
| 5. |  При сенсорной афазии усилия направлены на:1) импрессивного аграмматизма2) слухоречевой памяти3) преодоление нарушений кинестетического гнозиса4) по восстановлению фонематического слухаОтвет: 4 |

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | В клинику поступил больной Б. с жалобами на остро возникшую головную боль, невозможность говорить. При выписке отмечается сохранение речевых нарушений в виде моторной афазии.1. Очаг поражения?2. Программа восстановления речи у данного больногоОтвет:1. Левая лобная доля (центр Брока)2. Речевая реабилитация в кратчайшие сроки. Коррекционная работа строится на привнесении извне программы и схемы речевого высказывания, начиная от программирования и планирования слоговой структуры слова и заканчивая восстановлением планирования фразы и текста. |
| 2. | В отделение нейрореабилитации поступил больной с сенсорной афазией стадия грубых расстройств.1. Какие речевые расстройства встречаются при данной виде афазии?2. План речевой реабилитации в стадии грубых нарушений?Ответ:1. Нарушение понимания речи как окружающих, так и своей (нарушение слухового гнозиса)2. Накопление обиходного пассивного словаря - ответы на вопросы словами «да», «нет», утвердительным или отрицательным жестом;- выполнение простых устных инструкций;- улавливание смысловых искажений в деформированных по смыслу простых фразах.Подготовка к восстановлению письменной речи:- раскладывание подписей к предметным и простым сюжетным картинкам;- ответы на вопросы в простом диалоге с опорой на зрительное восприятие текста вопроса и ответа;- письмо слов, слогов и букв по памяти;- «озвученное чтение» отдельных букв, слогов и слов (больной читает «про себя», а педагог вслух);- выработка связи «фонема–графема» путём выбора заданной буквы и слога по названию, письмо букв и слогов под диктовку |
| 3. | Больная А. 65лет проходит лечение в отделении нейрореабилитации по поводу перенесенного полгода назад геморрагического инсульта. На данный момент сохраняется очаговая симптоматика: центральный гемипарез правых конечностей, моторная эфферентная афазия стадия грубых нарушений.1. Очаг поражения? 2. План речевой реабилитации в стадии грубых нарушений?Ответ: 1. Левая лобная доля2. 1) Преодоление расстройств понимания ситуативной и бытовой речи:- показ картинных и реальных изображений наиболее употребляемых предметов и простых действий по их названиям, категориальным и прочим признакам.- классификация слов по темам - ответы утвердительным или отрицательным жестом на простые ситуативные вопросы. 2) Растормаживание произносительной стороны речи:- сопряжённое, отражённое и самостоятельное произнесение автоматизированных речевых рядов (порядковый счёт, дни недели, месяцы по порядку, пение со словами, оканчивание пословиц и фраз с «жёстким» контекстом), моделирование ситуаций, стимулирующих произнесение звукоподражательных местоимений - сопряжённое и отражённое произнесение простых слов и фраз;- затормаживание речевого эмбола путём введения его в слово 3. 3) Стимулирование простых коммуникативных видов речи:- ответы на вопросы одним-двумя словами в простом ситуативном диалоге;- моделирование ситуаций, способствующих вызову коммуникативно значимых слов (да, нет, хочу, буду и т.д.);- ответы на ситуативные вопросы и составление простых фраз с помощью пиктограммы и жеста с сопряжённым проговариванием простых слов и фраз.4.) Стимулирование глобального чтения и письма:- раскладывание подписей под картинками (предметными и сюжетными);- письмо наиболее привычных слов–идеограмм, списывание простых текстов;- сопряжённое чтение простых диалогов. |
| 4. | В амбулаторно-поликлической сети проходит реабидитацию больной А. с моторной афазией.1. Какие речевые расстройства встречаются при данной виде афазии?2. Какие группы препаратов можно назначить в комплексе с речевой реабилитацией?Ответ: 1. Невозможность спонтанной речи, больной может произносить отдельные слова, повторяя их. Понимание речи окружающих сохранено2. Вазоактивных, антихолинэстеразных, катехоламинэргических, психотропных, общетонизирующего и психостимулирующего действия, миорелаксантов, ноотропных препаратов. |
| 5. | В отделение нейрореабилитации поступил больной с сенсорной афазией. Из анамнеза известно, что год назад была закрытая черепно-мозговая травма. Речевую реабилитацию уже проходит в течение полугода, динамика положительная. На данный момент у больного стадия средних расстройств.1. Очаг поражения?2. План речевой реабилитации в стадии средних нарушений?Ответ:1. Левая височная доля2. 1) Восстановление фонематического слуха:- дифференциация слов, различающихся по длине и ритмической структуре;- выделение одинакового 1-го звука в словах различной длины и ритмической структуры, например: «дом», «диван» и т.д.;- выделение различных 1-х звуков в словах с одинаковой ритмической структурой, например, «работа», «забота», «ворота» и т.д.;- дифференциация близких по длине и ритмической структуре слов с дизъюнктными и оппозиционными фонемами путём выделения дифференцируемых фонем, заполнения пропусков в словах и фразах; улавливание смысловых искажений во фразе; ответы на вопросы, содержащие слова с оппозиционными фонемами; чтение текстов с этими словами.2) Восстановление понимания значения слова:- выработка обобщённых понятий путём классификации слов по категориям; подбор обобщающего слова к группам слов, относящихся к той или иной категории;- заполнение пропусков во фразах;- подбор определений к словам.3) Преодоление расстройств устной речи:- «наложение рамок» на высказывание путём составления предложений из заданного количества слов (инструкция: «Составьте предложение из 3-х слов!» и т.д.);- уточнение лексического и фонетического состава фразы с помощью анализа вербальных и литеральных парафазий, допущенных больным;- устранение элементов аграмматизма с использованием упражнений по «оживлению» чувства языка, а также анализа допущенных грамматических искажений.4) Восстановление письменной речи:- закрепление связи «фонема–графема» путём чтения и письма букв под диктовку;- различные виды звуко-буквенного анализа состава слова с постепенным «свёртыванием» внешних опор;- письмо под диктовку слов и простых фраз;- чтение слов и фраз, а также простых текстов с последующими ответами на вопросы;- самостоятельное письмо слов и фраз по картинке или письменный диалог. |

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

1. Восстановление при эфферентной моторной афазии

2. Восстановление речи при динамической афазии

3. Восстановление речи при сенсорной афазии

4. Восстановление речи при афферентной моторной афазии

5. Значение лекарственной терапии

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Наименование | Издательство | Годвыпуска |

**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. | 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., Бурлакова М.К., Визель Т.Г. Восстановление речи у больных с афазией.  | М.  | 1981 |
| 3. | Бурлакова М.К. Речь и афазия.  | М.: Медицина | 1997 |
| 4. | Визель Т.Г. Как вернуть речь.  | М. | 1998 |

**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 ПРАКТИЧЕСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 4**

**ТЕМА: «Дизартрии. Восстановление речи при дизартриях».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители:

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №4**

**Тема:** «Дизартрии. Восстановление речи при дизартриях».

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

**3. Значение изучения темы**

Дизартрии представляют собой сложные нарушения речи, включающие расстройства звукопроизношения и просодики. Степень нарушений устной речи при дизартрии может быть самой различной: от еле уловимых слухом особенностей звукопроизношения, до полной невозможности экспрессивной речи. Знание клиники данных нарушений позволяет своевременно определить комплекс мероприятий специализированной помощи.

**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:**

* современную классификацию, клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения нарушений речи, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп и при различных нозологиях;
* методы диагностики и диагностические возможности методов непосредственного афазиологического исследования больного;
* клинику нарушений речи при основных видах дизартрий;
* особенности проведения афазиологического тестирования у пациентов, перенесших инсульт и черепно-мозговую травму;
* основы мультидисциплинарной нейрореабилитации;
* особенности клинически проявлений различных видов афазий и дизартрий;
* показания, противопоказания для различных видов коррекции при дизартриях;
* 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;
* поставить предварительный синдромальный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения нарушенного нейропсихологического фактора, нейропсихологического синдрома, установления заключения;
* заполнить заключение обследования, записать план по восстановительному обучению при дизартриях;
* 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;
* 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;
* иметь представление о нейровизуализационных методах обследования с целью уточнения диагноза основного заболевания;
* установить заключение при дизартрии;
* 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;
* методами исследования, диагностики, профилактики и коррекции различных форм нарушений речи;
* современной отечественной классификацией дизартрий;
* методами коррекции различных форм нарушений ВПФ, используя игровые стратегии, поведенческих тренингов, использование БОС.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

Тесты:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Комплекс мероприятий, направленных на восстановление нарушенных функций организма — это:1) реформация2) реабилитация3) транслокация4) трансплантацияОтвет: 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 возможностями4) 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) стационарный2) диспансерно-поликлинический3) санаторно-курортный4) профилактическийОтвет: 4 |
| 5. |  Что не предусматривают задачи нейрореабилитации?1) последствий повреждения2) воздействия причинных факторов3) нарушений жизнедеятельности4) социальных ограниченийОтвет: 2 |

**5.2. Основные понятия и положения темы**

**Основные клинические формы дизартрии у взрослых**

*Бульварная форма* дизартрии связана с очаговым поражением ядер черепно-мозговых нервов (изолировано одна или несколько пар), главным образом в продолговатом мозге.
*Псевдобульбарная форма* дизартрии является результатом двустороннего очагового поражения центральных кортико-нуклеарных нейронов (пирамидный путь).
*Мозжечковая форма* дизартрии - результат поражения ядер и проводящих двигательных путей мозжечка.
*Подкорковая форма* дизартрии наблюдается при поражении базальных ядер. Под базальными ядрами понимают функциональное объединение хвостатого ядра, бледного ядра.
*Корковая форма* дизартрии представляет собой поражения вторичных двигательных зон доминантного полушария (нижней премоторной или нижней постцентральной зон коры больших полушарий).

 **Бульварная форма дизартрии**

Бульварная форма дизартрии обусловлена вялым параличом, связанным с поражением вещества продолговатого мозга и ядер черепно-мозговых нервов. Здесь же проходят проводящие пути (нисходящие и восходящие), которые связывают продолговатый мозг со спинным мозгом, верхним отделом ствола мозга, стриопаллидарной системой, корой больших полушарий, ретикулярной формацией, лимбической системой.

В отличие от других форм дизартрии, при бульбарной дизартрии могут быть поражены изолированные мышечные группы, что обусловлено нарушением функции конкретных черепно-мозговых или спинно-мозговых нервов (с двух сторон), а также их комбинацией.

Симптомокомплекс двигательных расстройств в виде вялого паралича обусловлен очаговым поражением ядер, корешков или периферических стволов IX (языкоглоточный), X (блуждающий) и XII (подъязычный) черепно-мозговых нервов. Двигательные волокна этих нервов иннервируют мышцы глотки, гортани надгортанника, язычка мягкого неба, языка.

Параличи мышц глотки приводят к затрудненному глотанию, поэтому при глотании больные поперхиваются. Паралич мышц надгортанника приводит к попаданию жидкой пищи в гортань и трахею.

Паралич мышц гортани приводит к провисанию голосовых складок, что вызывает афонию или гипофонию - голос становится беззвучным.

Из-за провисания мягкого неба голос может приобретать назализованный оттенок. Наряду с нарушением артикуляции и голоса страдают такие важные безусловно-рефлекторные функции, как жевание и глотание (дисфагия или афагия).

Небный и глоточный рефлексы исчезают.

Фазы глотания:
– орально-подготовительная фаза. Еда или жидкость находятся в ротовой полости, губы смыкаются, пища жуется, смешивается со слюной, формируется пищевой комок с помощью мышц языка, щек, неба. Эта фаза обеспечи вается работой V, VII, XII пар черепно-мозговых нервов. Движения органов ротовой полости в этой фазе являются произвольными;

- орально-трансферная фаза. Эта фаза начинается тогда, когда пищевой комок начинает передвигаться задней частью языка. В это время назальная полость закрывается за счет сокращения мягкого неба. Начинает реализовываться глотательный рефлекс. К управлению этими движениями присоединяется XI пара черепно-мозговых нервов;
– фарингиальная фаза. Начинается с запуска глотательного рефлекса, гортань при этом поднимается, наклоняется вперед, что приводит к опусканию надгортанника.

При бульбарном параличе мышцы артикуляторного, голосового и дыхательного отделов периферического аппарата имеют низкий тонус и характеризуются гипотонией, вплоть до атонии, нарушением кровоснабжения. Особенно резко ухудшен отток крови, так как вены атоничны, расширены. Мышцы уменьшаются в объеме, становятся резко ослабленными, гипотоническими или полностью атоническими, и не реагируют рефлекторно на раздражения (арефлексия).

*Фаскуляции* представляют собой видимые глазом аритмичные, изолированные подергивания в волокнах мышцы, находящейся в состоянии покоя.

*Фибрилляции* - спонтанные сокращения отдельных мышечных волокон, которые внешне не видны.

При обследовании *ротовой полости* обнаруживается, что в тех случаях, когда парализована мышца языка, язык истончен, иногда отмечается синюшность, нередко исчерчен участками более бледного цвета (атрофия), в случаях выраженных атрофии видны фасцикуляции. Он лежит плашмя на дне ротовой полости, не участвует в захватывании и продвигании пищевого комка. Больной не в состоянии осуществить произвольные движения: высунуть язык вперед, в бок, вниз и вверх.

При вялом параличе *мягкого нёба* отмечается его бледность, оно свисает в ротовую полость, нередко касаясь маленьким язычком корня языка.

Губы синюшны, истончены, не могут раздвинуться в улыбке, сделать «трубочку» и плотно смыкаться. Лицо бледное, аммимичное.

У взрослых с бульбарной дизартрией полностью сохраняется понимание речи окружающих, чтение про себя и письменная речь.

У всех больных с бульбарной дизартрией нарушается речевая артикуляция, а значит, страдает фонетическое оформление речи, в то же время грамматический строй и возможности использования словаря в полном объеме не меняются.

Речь таких больных звучит как невнятная, смазанная, неразборчивая, является трудной для восприятия слушателями.

**Основные понятия:**

* Бульварная дизартрия характеризуется снижением тонуса мышц речевого аппарата в связи с органическим поражением моторных нейронов в продолговатом отделе мозга.
* Нарушения моторной реализации фонологической системы речи, замещение ее набором звуков нередко чуждых русской звуковой системе и объединяемых по принципу их анатомо-физиологической доступности. Динамика и варианты зависят от распределения и степени пареза мышц периферического речевого аппарата.
* У лиц со сформировавшейся до заболевания устной речью нарушается моторная реализация звуковой системы русского языка по следующим закономерностям:
* парез мышц голосовых складок, резко снижающий амплитуду их колебаний и возможность достаточного накопления подскладочного давления воздуха, влечет за собой оглушение согласных и гласных звуков со стиранием в произношении фонологических противопоставлений по признакам звонкий-глухой, шумный-сонант, гласный-согласный;
* парез мышц мягкого неба, вызывающего пассивное провисание небной занавески в ротовую полость, приводит к исчезновению моторной противоположности звуков по принципу ротоносовой (назализация);
* парез мышц губ и языка (преимущественно в том или другом отделе) вызывает замену взрывных звуков и аффрикат соответствующими щелевыми, упрощение характера щели, замену звуков р, л на щелевые;
* парез мышц языка, губ и нижней челюсти имеет следствием стирание различий в фонологических противопоставлений гласных звуков по признакам высоты, ряда и углубленности.

**Псевдобульбарная форма дизартрии**

Псевдобульбарная форма дизартрии обусловлена спастическим параличом мышц периферического артикуляционного аппарата. Центральный паралич характеризуется высоким тонусом мышц, расширенной зоной безусловных рефлексов. Движения замедлены, объем движений сокращен. Название этой формы паралича исторически связано с тем, что первоначально были описаны бульварные параличи, связанные с поражением продолговатого мозга, при которых нередко наступает смерть, т.е. клиническая картина бульбарного паралича была первой, которая была идентифицирована с местом поражения. Позднее был описан спастический паралич. который длительное время не идентифицировался с местом поражения ЦНС и потому, в противоположность бульварному, был назван ложнобульбарным, т.е. псевдобульбарным.

*Неречевая симптоматика при псевдобульбарной дизартрии.* При псевдобульбарной дизартрии может нарушаться функция глотания. С этим явлением связано попадание пищи в полость носа и в силу снижения частоты глотательных движений и отсутствия произвольного контроля за наполнением ротовой полости слюной.

Слюнотечение может наблюдаться как в процессе речи, так и при письме, а также в покое и особенно при волнении. Чем более выражена спастичность мышц, тем более затруднены и замедлены глотательные движения.

У человека со спастическим параличом мимика обеднена, нередко отражает выражение застывших мимических движений: улыбки или, напротив, недовольного выражения лица.

У таких больных наблюдаются непроизвольные смех, в более тяжелых случаях они приобретают характер стереотипа, их трудно остановить.

Все движения замедлены, имеют малый объем, в связи с чем и темп речи замедлен. В силу того, что фазы дыхательных циклов укорочены, укорочен и речевой выдох, поэтому наблюдаются «обрыв» фразы, обрыв «тона».

Так как центральный двигательный путь представляет собой проводящий путь от нейрона коры к нейрону продолговатого или спинного мозга, т.е. нейрону, через который реализуется движение, то становится понятным почему у взрослых с псевдобульбарной дизартрией нарушается контроль за движением.
**Основные понятия:**

1. Псевдобульбарная дизартрия представляет собой один из симптомов центрального, т.е. спастического паралича и выражается в расстройстве речевых движении.
2. Избирательно нарушаются произвольные движения при сохранности непроизвольных (рефлекторных), в том числе сложных эмоционально-выраженных, двигательных реакций.
3. В любой языковой системе и при любой степени выраженности спастического паралича, прежде всего, нарушаются сложно артикулируемые звуки. При тяжелой степени паралича все согласные звуки конвергируют к щелевым, причем сложная форма щели заменяется упрощенной, т.е. плоской. Согласные звуки акустически отодвинуты назад, глухие могут быть озвончены, а звонкие оглушены. Гласные звуки акустически сдвинуты назад.
4. Все звуки, в том числе и гласные, имеют назализованный оттенок (открытая назализованность). Голос сиплый, напряженный, быстро истощаемый, не модулирован.
5. Речь в целом смазанная, невнятная. Темп замедлен. Фразы короткие. Просодическая характеристика речи резко обеднена. Речь монотонна, характеризуется отсутствием выразительных интонации.

**Мозжечковая форма дизартрии**

Возникает при поражении мозжечка или его путей и при кровоизлияниях в мозжечок или при его опухолях.
Основные понятия:

1. При поражении мозжечка и его путей отмечаются снижения тонуса мышц, дисметрия движении.
2. Своеобразная просодическая характеристика: непостоянство силы голоса, его затухание, паузированпс. скандированность речи.
3. Распад ударных слогов и согласных в конце слова обусловливает невнятность речевого потока.
4. Дыхательная атаксия представлена тремором дыхательных мышц, приводящим к толчкообразному характеру дыхания, «дрожанию» голоса.
5. Напряженная поза в процессе речевого высказывания сопровождается вазомоторными реакциями (краснеет либо бледнеет).

**Подкорковая или «экстрапирамидная» дизартрия**

Эта форма также, как и псевдобульбарная, относится к числу наиболее частых. Она обусловлена очаговым поражением таких ядер как хвостатое, чечевичное (скорлупа и бледный шар), таламус, субталамические, красная, черная субстанции, а также их связей с другими структурами мозга.
Основные понятия:

1. Экстрапирамидная форма дизартрии связана с поражением подкорковых образований мозга.
2. Гиперкинезы и меняющийся характер тонуса мышц речевого аппарата грубо искажают речь.
3. Отсутствуют стабильность и однотипность артикуляторных (а значит фонетических) нарушений.
4. Имеются рассогласования во времени сокращения дыхательной, голосовой и артикуляционной мускулатуры в процессе устной речи.
5. Нарушение голосообразования проявляется в трудностях произвольного подключения голоса и быстром его истощении в процессе речи.
6. Нарушается плавность речи и ее интонационно-мелодическая структура.

**Корковая дизартрия**

Моторные расстройства речи коркового уровня у взрослых лиц описаны Е.Н. Винарской (1971, 2005), Е.Н. Винарской и A.M. Пулатовым (1989). Следует отметить, что афазиологи причисляют корковую дизартрию к легким степеням нарушения речи при моторных афазиях (афферентной и эфферентной).

*Апраксин* - это уровневое нарушение психофизиологических механизмов движения, при котором исполнительные механизмы сохранены. При этом наблюдается нарушение таких произвольных действий, как оскаливание, вытягивание губ, надувание щек и пр. В то же время эти же движения могут осуществляться непроизвольно.

Различают эфферентную (премоторная) и афферентную (постцентральная) формы корковой дизартрии.

*Эфферентная форма корковой дизартрии* возникает при поражении области передней центральной извилины, где представлена иннервация артикуляционной мускулатуры. Отмечается изолированное нарушение артикуляторных движений. При этом не нарушается содержательная сторона речи, что кординально отличает корковую дизартрию от афазии. Важно отметить, что артикуляторная корковая дизартрия касается только специфических речевых движений, в то время как другие произвольные и непроизвольные движения языка и губ остаются в сохранности. В силу анатомической близости зон иннервации мышц языка и кистей рук, при корковой дизартрии может быть повышен тонус мышц рук.

*Афферентная форма корковой дизартрии* возникает при поражении постцентральных областей коры больших полушарий. У взрослых гемипаретическая дизартрия бывает, главным образом, при опухолях мозга. Такая дизартрия у взрослых может быть практически компенсирована после удаления опухоли.

Выделяют *три варианта афферентной дизартрии.*

*При первом варианте* наблюдается спастический парез речевой мускулатуры. Страдают наиболее тонкие и сложные движения языка, в первую очередь это движения кончика языка и произношение «ш», «ж», «р ». При более тяжелых формах нарушаются апикальные согласные - кончик языка «с», «з», «л».

*Второй вариант.* Нарушение звукопроизношения непостоянно, что связано с невозможностью запоминания и удержания в моторной памяти артикуляторной позы, связанной с образами правильного звучания звука.

Движения по требованию выполняются только при зрительном контроле. При отсутствии зрительного контроля пациенты пытаются осуществить движение с помощью рук (ощупывают язык, распластывают). Такие нарушения сопровождаются длительным поиском необходимого артикуляторного уклада, что замедляет темп речи и нарушает ее плавность. Это нередко сочетается с недостаточностью мимики и лицевого гнозиса: эти пациенты неточно определяют участок точечного прикосновения к лицу и, особенно, в области артикуляционного аппарата.

При *третьем варианте* наблюдаются сочетание симптомов первого и второго вариантов динамической кинестетической артикуляционной апраксии. Аффрикаты распадаются на свои составные части; щелевые звуки заменяются смычными, пропуски звуков в стечениях согласных.
Основные понятия:

1. При нарушении корковых моторных отделов мозга отмечается общая замедленность речи.
2. Неплавность, обилие пауз внутри слова, осбенно при стечении согласных.
3. Избирательное оглушение звонких смычных согласных.
4. Вставляются дополнительные звуки в слово.
5. Громкий голос при разговоре.

**Обследование и диагностика дизартрии у взрослых лиц. Основные направления реабилитации**

Е.Н. Винарская, A.M. Пулатов (1989) рекомендуют для взрослых больным с дизартрией нейрофонетический анализ симптомов дизартрии, который обычно проводится врачом, что позволяет произвести качественную квалификацию дизартрии, выделив ее клиническую форму. Как правило, у взрослых больных не отмечается нарушении письма и чтения и расстройства касаются только звукопроизносительной стороны речи.

Целью реабилитации лиц с дизартрией в широком плане является возвращение к прежнему состоянию или прежней способности функционирования.

Реабилитация взрослых лиц, страдающих дизартриями, связана с целым комплексом мероприятий специализированной помощи. Имеется в виду клиническое обследование и диагностика, лечение с помощью медикаментозных и физиотерапевтических средств, специальная педагогическая работа по коррекции звукопроизношения, специализированная психологическая помощь.

Логопедическая работа начинается по назначению врача и в сроки, указанные врачом. С первых дней нарушения речи больные нуждаются в психологическом сопровождении. Психическая травма, связанная с заболеванием, носит как острый, так и хронический характер. С одной стороны, больной внезапно теряет речь вследствие тех или иных нарушений деятельности мозга. С другой стороны, последующая ситуация начинает постепенно декомпенсировать психику. В особенности, это касается лиц 40-60 лет, которые занимали определенный социальный статус и были активны в трудовой деятельности.

Особенно важным является взаимодействие врача, логопеда и психолога на протяжении всей работы с больным дизартрией, проведение совместно психогигиенических и психопрофилактических мероприятий. Необходимо учитывать то, что психоорганический тип изменения психических процессов характеризуется дефицитарностью психических функций различной степени, связанной с нарушением памяти, внимания, мышления, эмоционального состояния.

При общении с больным с дизартрией психолог и логопед должны способствовать реалистической оценке больным окружающей действительности, собственной работоспособности, сохранности профессиональных навыков, возможности вербального общения. По мере восстановления речи психолог и логопед свою работу направляют на уменьшение психологической зависимости больного от врача, психолога и логопеда. К концу реабилитационного периода, когда создается точное представление о возможностях последующей социальной реабилитации больного, необходимо правильно ориентировать больного на новые виды деятельности. Основные усилия психолога и логопеда должны направляться на сохранность личности, мотивов активной социореабилитации. Так, невозможность работы по специальности, где необходим вербам. ный контакт, некоторые больные обучаются различным трудовым навыкам, которым не мешают дефекты двигательной и речевой сфер.

Существуют методы, использующие различные способы дыхания. Они основаны на заданной длительности вдоха, паузы и выдоха. Такие методы можно использовать для регуляции дыхательной функции и ее ритмизации. Их часто комбинируют с методиками осознания движений. Как и в танце-терапии, правильное использование этих процедур предполагает овладение специфической эмоциональной экспрессией и способствует не только оптимальному эмоциональному состоянию, но и, что важно для больных с дизартрией, расслаблению спастических мышц. Показана таким больным и музыкотерапия. Полезно слушать ритмическую музыку, так как слышимые ритмы вызывают реальную моторную индукцию, характеризующуюся периодичностью мышечной активности. Мышечно-звуковая гармония вызывает эмоциональные реакции, соответствующие ритму, мобилизует ритмическую перцепцию.

Учитывая то, что процессы письма и чтения у взрослых больных остаются сохранными, эффективным в работе психолога является библиотерапия. Материалы библиотерапии могут быть мощным и динамическим средством пробуждения неизведанных ранее чувств и прояснения неразрешимых конфликтов. Выбор материала для чтения зависит от целей информирования или удовлетворения эмоциональных потребностей.

Специальный и клинический психолог участвует и в оценке возможностей восстановления психической деятельности человека, реабилитационного прогноза и формировании па этой основе индивидуальной программе реабилитации.
 Коррекционная работа при бульварной и псевдобульбарной дизартриях включает:

-массаж органов артикуляции;

-артикуляционную гимнастику;

-исправление произношения звуков речи;

-нормализацию речевого дыхания и голоса;

-работу над выразительностью речи.

Наиболее часто применяются два вида массажа: активизирующий и расслабляющий. Активизирующий массаж производится при вялости артикуляционных мышц (вялые параличи или парезы), т.е. при бульбарной дизартрии. Расслабляющий массаж показан для мышц с повышенным тонусом (спастические параличи или парезы), т.е. для псевдобульбарной дизартрии. Артикуляционная гимнастика включает упражнения, похожие на упражнения обычной гимнастики, большая часть которых относится к языку как наиболее активному органу «говорения».

Приемы постановки голоса при бульбарной и псевдобульбарной дизартрии, как правило, используют упражнения, заимствовованные из вокальных техник и рекомендуемые для преодоления дисфонии и афонии (Е.С. Алмазова и др.). Так, например, перед больным ставится задача направить голос «в маску». Оно состоит в том, чтобы заставить включиться в голосоподачу так называемый верхний резонатор (под маской понимается лицо, что является отголоском тех времен, когда все актеры в опере играли не с открытым лицом, а в масках). Однако в отличие от дисфонии и афонии, при дизартрии направление голоса «в маску» чревато усилением «носового оттенка-», поскольку одним из симптомов дизартрии является утечка воздуха в носовую полость В этих случаях гораздо «безопаснее», как показывает практика, для усиления голоса подключение нижнего — грудо-спинного резонатора. Для облегчения этой задачи можно (дав пациенту задание тянуть какой-нибудь гласный звук, например «а») применить похлопывание его по груди, спине, что расслабляет мышцы, а также приложить его руку к груди, чтобы он почувствовал вибрацию, вызванную участием этой области в голосоведении.

Трудно решаемой задачей является и увеличение дозировки упражнений, направленных на коррекцию мышечного тонуса при псевдобульбарной дизартрии, что обычно делается в рамках артикуляционной гимнастики. Методическая сложность этой работы состоит в том, что любое упражнение по коррекции той или иной артикуляционной позы приводит к нарастанию мышечного тонуса в рабочих органах. Между тем для больных с псевдобульбарной дизартрией гипертонус артикуляционных мышц — один из основных патологических симптомов, и следовательно, его усиление противопоказано. Выходом из этого трудного положения может быть модификация способа подачи упражнений, состоящего в заданиях многократного повторения той или иной артикуляционной позы с установкой на легкость движений, на ощущение легкости в мышцах. Паузы между отдельными позами также приводят к рефлекторному снятию мышечного напряжения. Аналогичным образом отрабатываются артикуляционные позы, для чего обычно используются содержащие их слоги и слова. Увеличить дозировку в отработке каждой позы помогает пропевание того или иного слога на мелодию знакомой песни или же в виде распевок, заимствованных из арсенала вокальных упражнений.

Коррекционная работа при подкорковой дизартрии носит иной характер. Центральное место в ней занимают не логопедический массаж и артикуляционная гимнастика (хотя они тоже используются), а выработка различных речедвигательных координации. Поскольку при разных формах подкорковой дизартрии дискоординации носят различный характер, необходимы коррекционные методы, специфичные для каждой из них.

Наиболее распространены дискоординации по типу дизметрии — гиперкинез и гипокинез, которые обусловлены преимущественно нарушением в функционировании и взаимодействии стриальных, паллидарных структур, их связей с лентикулярным ядром, мозжечком и другими подкорковыми ядрами. Гиперкинез встречается в клинике дизартрии гораздо чаще, чем гипокинез, особенно у детей с детским церебральным параличом. Поскольку оба вида двигательной дизметрии — носят насильственный характер, их устранение на произвольном уровне практически невозможно. Используемые в логопедической практике задания удержать мышцы лица в спокойном состоянии, сидя перед зеркалом (при гиперкинезе), или, напротив, выполнять их утрированно (при гипокинезе), как показывают многолетние наблюдения, неэффективны. «Наложение рамок» на гипердвижение или их раздвигание при гипокинезе гораздо более эффективно с подключением психологических регуляционных механизмов. Для этого применяются элементы ролевой терапии. Ребенку (или взрослому больному) с гиперкинезом дается задание сыграть роль персонажа (чаще всего животного), для которого характерен брадикинетический (замедленный) и мало эмоциональный рисунок движений, например, медведя. Больным с гипокинезом, напротив, дается задание сыграть персонажа с убыстренными, дифференцированными движениями, например, зайчика, мышки, птички и т.п. Успех такой коррекционной работы определяется тем, что «вхождение в роль» предполагает усиление регулирующей роли коры мозга, в которой имеются представления о «характере» персонажей, которых предстоит сыграть. Подкорковые структуры, исполняющие поступающие из коры мозга «задания», получают ориентацию, в каком направлении они должны видоизменять рисунок того или иного движения.

Аналогичная тактика используется при брадилалии и тахилалии, только, помимо движений, относящихся к общей двигательной сфере, подключаются речевые акты. Ставится задача привести их характер в соответствие с движениями тела.

При мозжечковой дизартрии, кроме того, используются внешние опоры в виде нарисованных дорожек, следов, кружков, в которые нужно попасть ногой и пр., сдерживающие проявления атаксии.

При всех формах подкорковой дизартрии показаны общая и логопедическая ритмика. Ритм является универсальной внешней опорой, организующей движение при любом из его нарушений. Общая ритмика способствует способности двигаться максимально приближенно к норме, которая служит базисной для более тонких речевых движений, но имеющих тот же алгоритм реализации. При бульварной и псевдобульбарной дизартрии ритмика играет, как правило, второстепенную роль. При подкорковой дизартрии она является патогенетичной структуре дефекта — как двигательного в целом, так и речедвигательного.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор темы;

- курация больных;

- заполнение протоколов обследования;

- разбор заключений;

- разработка плана восстановительного лечения;

- работа над ошибками.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

Тесты:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Что относится к дизартриям?1) моторная2) сенсорная3) псевдобульбарная4) все выше перечисленноеОтвет: 3 |
| 2. | Дизартрия связана с очаговым поражением ядер черепно-мозговых нервов в продолговатом мозге. 1) псевдобульбарная2) мозжечковая3) центральная 4) бульбарнаяОтвет: 4 |
| 3. | Сколько этапов реабилитации больных существует?1) 12) 23) 34) 4Ответ: 3 |
| 4. | Что является основной задачей амбулаторно-поликлинического этапа реабилитации?1) лечение очагов инфекции2) восстановление работоспособности3) повышение устойчивости организма к метеорологическим колебаниям4) улучшение двигательных функцийОтвет: 2 |
| 5. | Профилактика повторного инсульта включает в себя всё, кроме:1) нормализация АД2) ограничение двигательной активности3) контроль общеклинических показателей 4) соблюдение диетыОтвет: 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, афазия. 1. Тактика дальнейшего ведения больного.2. Назовите этапы медицинской реабилитацииОтвет: 1.Стационарное лечение, перевод в амбулаторно-поликлиническую сеть с дальнейшими курсами нейрореабилитации2. Стационарный, амбулаторно-поликлинический, санаторно-курортный. |
| 2. | Больной К., 30 лет. Состояние после удаления невриномы слухового нерва. Справа у больного наблюдались нарушения функций V, VII, VIII, IX, X и XII черепно-мозговых нервов. Наиболее тяжело была расстроена функция лицевого нерва. У больного имелся полный нерефирический паралич мимической мускулатуры на правой половине лица с перетянутостью рта влево. Произношение губных звуков субъективно затруднено, звуки слабы и недостаточно внятны. Язычные звуки и голос сравнительно сохранены. Мягкое небо сокращается вяло с перетягиванием влево, при этом наблюдается резкая открытая вазализованность. Отмечено, что назализация почти полностью исчезала, если губы больного пассивно удерживались рукой врача в правильном положении. Это позволяло говорить о том, что паретичная небная занавеска выявляла лишь относительную функциональную недостаточность, когда выдыхаемая во время речи воздушная струя свободно проходила через рот. Когда же на пути воздушной струи оказывалась преграда в виде губ перетянутого влево рта больного и. следовательно, повышалось давление выдыхаемого воздуха на паретичную небную занавеску, функциональная недостаточность последней становилась резко выраженной, воздух проходил в носовые ходы и речь приобретала грубо назализованный оттенок.1.Какое вид нарушений речи у пациента? 2.Общие методы работы при дизартриях?Ответ:1.Бульбарная дизартрия.2. Коррекционная работа при бульварной и псевдобульбарной дизартриях включает:-массаж органов артикуляции;-артикуляционную гимнастику;-исправление произношения звуков речи;-нормализацию речевого дыхания и голоса;-работу над выразительностью речи. |
| 3. | Больной П., 53 года. Диагноз: нарушение мозгового кровообращения и системе левой средней мозговой артерии. Язык при открывании рта напряжен, но мере наблюдения напряжение его нарастает и язык всё более подтягивается кзади. Амплитуда движения высовывания языка из полости рта уменьшена, при этом чем больше больной старается высунуть язык, тем сильнее он опускается, возникает отчетливое отклонение языка вправо за (более энергичной работы мышц левой половины языка. Положить язык на верхнюю губу больной не может, язык ложится на нижнюю губу, ею подастся вверх и прижимается к верхней губе. При этом движении язык тоже слегка уклоняется вправо, кончик его напряжен и направлен вперед; наблюдается напряжение мышц шеи, надплечий и рук. В то же время опустить язык на нижнюю губу больной может, хотя амплитуда этого движения неполная. Боковые движения языка затруднены в обе стороны, сопровождаются синкинетическим движением нижней челюсти в те же стороны. Язык перемещается в стороны всей своей массой, удержание языка в боковом положении невозможно.1.Какое вид нарушений речи у пациента? 2.Общие методы работы при дизартриях?Ответ:1.Псевдобульбарная дизартрия.2. Коррекционная работа при бульварной и псевдобульбарной дизартриях включает:-массаж органов артикуляции;-артикуляционную гимнастику;-исправление произношения звуков речи;-нормализацию речевого дыхания и голоса;-работу над выразительностью речи. |
| 4. | 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. |
| 5. | 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. |

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

1. Что такое дизартрия, виды, основные характеристики.

2. Дифференциальная диагностика дизартрий и афазий;

3. Основные направления восстановительного лечения при дизартриях.

4. Понятие о мультидисциплинарной реабилитации

5. Состав реабилитационной бригады

6. Роль афазиолога в реабилитации

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Наименование | Издательство | Годвыпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Белякова Л.И., Волоскова Н.Н. Логопедия. Дизартрия.  | - М.: Гуманитар, изд. Центр ВЛАДОС | 2009 |
| 2. | Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель | М.: АСТ Астрель Транзиткнига | 2005 |
| 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 |