



**ИНКЛЮЗИВНОЕ
ОБРАЗОВАНИЕ XXI ВЕКА:
ТЕОРИЯ, ОПЫТ,
ПЕРСПЕКТИВЫ**



Е. С. Бердникович

УДК:376.37:616.83

**ПРИНЦИПЫ
И УСЛОВИЯ
ЭФФЕКТИВНОСТИ
РЕЧЕВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
ЛИЦ С АФАТИЧЕСКИМИ
НАРУШЕНИЯМИ**

*Имеются и «душевные лекарства,
которые врачуют тело»
М. Я. Мудров*

Возможность транслировать свои мысли и общаться – одна из базовых потребностей современного человека. Являясь одним из самых сложноорганизованных физиологических процессов в организме, речевая функция нуждается в одновременной слаженной работе слухового, зрительного, двигательного и кинестетического анализаторов, синхронного взаимодействия краниальных нервов, координации органов дыхания и звукопроизношения. В связи с этим восстановление речи у постинсультных пациентов является крайне сложным и трудоемким процессом, нередко растягивающимся на месяцы и годы [5; 6; 19]. По данным регистра инсульта НИИ неврологии РАМН, афазии наблюдаются в 35,9 % случаев в конце острого периода инсульта, дизартрии – в 13,4 % [14].

Восстановление речи составляет важную медико-социальную и педагогическую проблему, поскольку речь является основным средством координации социального поведения и коммуникации лиц после инсульта. Наличие речевого дефицита приводит не только к снижению коммуникативных возможностей при общении с семьёй и медицинским персоналом, влечет за собой депрессию, фрустрацию и социальную депривацию взрослых пациентов, но и существенно препятствует полноценному процессу реабилитации [28]. Отдель-



но нужно отметить коморбидность, которая создает проблему для эффективного восстановления постинсультного пациента [3]. В связи с этим своевременная диагностика и коррекция различных видов речевых расстройств у пациентов после инсульта являются важными составляющими успешной реабилитационной программы.

Афазия – одно из наиболее грозных последствий мозговых поражений, при котором нарушаются все виды речевой деятельности, речевой дефицит отмечается более чем в 30 % случаев и является вторым по значимости и распространенности дефектом после двигательных нарушений [25]. Афазии сосудистого генеза преимущественно отмечаются у лиц взрослого возраста в результате разрыва аневризмы сосудов головного мозга, тромбоэмболий, вызванных ревматическим пороком сердца либо черепно-мозговой травмой [2; 13]. Изучение и определение прогностических факторов восстановления речи имеет важнейшее значение в комплексе нейрореабилитации и способствует улучшению качества жизни пациентов с постинсультной афазией.

Следует отметить, что независимо от формы афазии, приоритетной задачей речевой реабилитации в острейшем периоде инсульта является установление контакта с пациентом. А достичь максимального результата можно лишь при условии учета личностных особенностей пациента, его психо-эмоционального состояния и мотивации. Анализ систематических клинических наблюдений [27] и слепых рандомизированных мультицентровых исследований [26] подтверждает важность оказания психологической поддержки, информирования и обучения пациента и его родственников компенсаторным коммуникативным стратегиям на начальном этапе реабилитации в остром периоде инсульта.

Выдающийся отечественный ученый, профессор К. И. Платонов еще в 30-х годах прошлого столетия в своей монографии «Слово как физиологический и лечебный фактор» убедительно доказал влияние слова практически на все процессы, протекающие в организме [17].

Нам представляется уместным процитировать актуальную и в наши дни сентенцию И. П. Павлова о том, что «слово для человека есть такой же реальный условный раздражитель, как и все остальные, общие у него с животными, но вместе с тем и такой многообъемлющий, как никакие другие». Язык систематизирует и закрепляет в словах результаты мыслительной деятельности, формируя условный раздражитель второго уровня, при этом вторая сигнальная система воздействует на первую сигнальную систему (подкорковые связи) и подкорку, «во-первых, своим торможением, которое у нее так развито и которое отсутствует или почти отсутствует в подкорке (и которое меньше развито, надо думать, в первой сигнальной системе); во-вторых, она действует и своей положительной деятельностью – законом индукции» [16].

Работа логопеда в нейрореабилитации требует особой квалификации и персонализированного подхода, поскольку восстановлению после инсульта подлежит не только речь, но и другие высшие психические функции. Специалист должен обладать глубокими знаниями в области специальной педагогики, неврологии, лингвистики и нейропсихологии. Восстановление речи взрослого пациента отличается от коррекционной помощи при исправлении ее дефектов у детей, так как высшие корковые функции взрослого человека имеют иную организацию, нежели у еще не говорящего и не пишущего ребенка [10; 24]. «Следует учитывать, что разные больные с одной и той же формой заболевания могут различаться по степени активности, так как мозг разных больных по-своему реагирует на повреждение» [20].

Современная логопедия должна учитывать опыт практики врачевания, в которой прослеживается основанный на философском учении персонализированный подход. Аристотель отмечал в отношении биологических отличий, что выделяются как «целые роды, так и представители одного вида» [1]. Индивидуализация (персонализация) каждого конкретного случая являлась важнейшим принципом



лечения при различных заболеваниях. Основатель московской клинической школы, профессор Г. А. Захарьин (1829–1897), утверждал: «Главное правило при назначении лечения – то же, что и при других клинических занятиях, т. е. соблюдение метода индивидуализации» [8]. Следует отметить при этом значимость влияния специалиста на реабилитационный процесс и личность самого пациента, при которой предполагается отсутствие отчуждения между логопедом и обследуемым. Знаменитый клиницист Феофил Гаврилович Яновский еще в начале XX века выдвинул лозунг: «Ближе к больному человеку», который в наши дни представляется особенно актуальным в речевой реабилитации постинсультных пациентов.

Преодоление речевых нарушений проводится в комплексе с лечением других нарушенных функций и является частью общего процесса реабилитации. При разработке комплексной программы восстановительного обучения лиц с афазией мы опирались на ряд принципов, сформулированных Л. С. Цветковой [22]. Лечебно-реабилитационные мероприятия должны проводиться мультидисциплинарно и включать в себя медикаментозную поддержку, логопедические занятия, лечебную гимнастику, массаж, нейропсихологическую коррекцию, психотерапевтическую помощь. При этом раннее педагогическое вмешательство предотвращает патологическое заострение неправильных приспособительных реакций (негативную компенсацию) и направляет восстановление по более рациональному пути [9].

В логопедической работе по преодолению афазии используются, как правило, общедидактические принципы обучения (доступность, научность, наглядность, сознательность и активность, прочность). Однако следует отметить применение специальных принципов логопедического воздействия, которыми должен руководствоваться логопед неврологического отделения при составлении коррекционной программы:

– этиопатогенетический (важно учитывать совокупность внешних, внутренних, биологи-

ческих и социально-биологических факторов при восстановлении речевой функции);

– комплексности (при устранении наиболее сложных речевых нарушений, таких как афазия и дизартрия, комплексное медико-психолого-педагогическое воздействие крайне значимо);

– системности и учета структуры речевого нарушения (логопед должен рассматривать сложность структурно-функциональной организации речевой системы, что позволяет определять ведущее нарушение, соотношение первичных и вторичных симптомов);

– дифференцированного подхода (необходимо учитывать этиологию, симптоматику и механизмы нарушения, гендерный и возрастной факторы, структуру речевого дефекта, индивидуальные характеристики лиц с афазией и дизартрией);

– поэтапности (следует соблюдать этапность логопедического воздействия, начиная с диагностического блока, с учетом целей, задач и приемов коррекции речи взрослых пациентов на каждом этапе реабилитации).

Следует выделить один из важнейших педагогических подходов – личностно-центрированный, позволяющий решать на современном этапе логопедические задачи в условиях реабилитации: в центре внимания находится пациент с речевыми и когнитивными нарушениями, а логопед создает центрированное сотрудничество на основе заботы, позитивного принятия, конгруэнтности, искренности, подлинности восприятия личности пациентов с афазией [15; 18].

Резюмируя вышесказанное, нам представляются важными приведенные в эпиграфе слова выдающегося русского зачинателя клинической школы М. Я. Мудрова: имеются «и душевные лекарства, которые врачуют тело» [13], с предельной точностью определяющие кредо логопеда, работающего в неврологическом отделении со сложными постинсультными нарушениями.

В исследовании принимали участие 100 пациентов с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения, проходивших стационарное лечение в неврологических от-

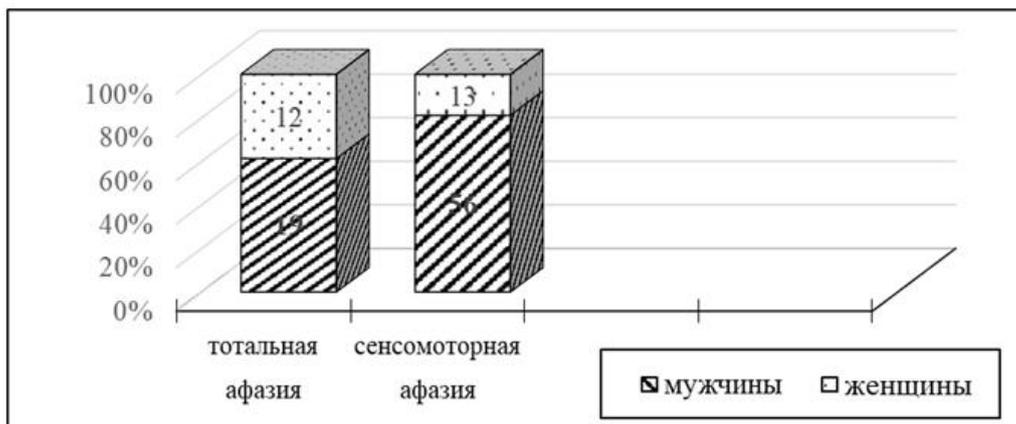


Рис.1. Распределение пациентов по видам афазии в остром периоде инсульта

делениях ФГБНУ «Научный центр неврологии». Критериями включения больных в исследование были следующие: наличие речевых расстройств в виде тотальной или сенсомоторной афазии в остром периоде инсульта; ишемический или геморрагический характер инсульта, подтвержденный данными МРТ/КТ; единичный очаг инфаркта с локализацией в левом полушарии головного мозга в бассейне левой средней мозговой артерии; отсутствие левшества или амбидекстрии, регистрируемого при сборе анамнеза.

Экспериментальную группу составили 100 (100 %) пациентов в остром периоде инсульта (от 0 до 21 дня), продолжившие реабилитацию в раннем восстановительном периоде инсульта (от 22 дней до 3 месяцев). Все обследуемые были правшами и перенесли ишемический (91 %) либо геморрагический (9 %) инсульт в левом полушарии головного мозга (по данным МРТ/КТ исследований). Среди них были 75 мужчин и 25 женщин, средний возраст больных с афазией составлял 61 (от 27 до 86) год. В остром периоде инсульта тотальная афазия (ТА) отмечалась у 31 (29 %) пациентов: 19 (17 %) мужчин и 12 (11 %) женщин, средний возраст – 59 (от 27 до 78) лет. Сенсомоторная афазия (СМА) наблюдалась у 77 (71 %) больных, из которых 52 (48 %) мужчин и 25 (24 %) женщин; средний возраст – 61 (от 32 до 86) год; грубая степень выраженности речевого дефекта отмечалась у 44 (41 %) пациентов, умеренная степень – у 33

(30 %). На рисунке 1 представлено распределение пациентов по видам афазии в остром восстановительном периоде инсульта.

Восстановительная работа проводилась нами в соответствии с принципами поэтапной речевой реабилитации [5; 7; 11; 20; 25] методами логопедической коррекции:

1. Тщательная квалификация дефекта.
2. Использование сохранных анализаторных систем (афферентаций в качестве опоры при обучении).
3. Создание новых функциональных систем, не принимавших ранее прямого участия в отправлении пострадавшей функции.
4. Опора на более упроченные, высокоавтоматизированные уровни организации речи.
5. Учет взаимодействия различных психических функций и опоры на сохранные функции, взаимодействующие с нарушенной.
6. Принцип контроля выполнения задания.

Следует отметить, что при подборе наглядного и тематического материала принимались во внимание преморбидные социокультурные особенности личности пациента: образование, профессиональная деятельность, увлечения и потребности. Учет знаний и интеллектуального опыта конкретного больного, корректное отношение к его стремлениям и эмоциональному состоянию способствовали определению актуальных именно для данного пациента коммуникативных задач и адекватному подбору речевого материала. Таким образом, был реализован принцип восстано-

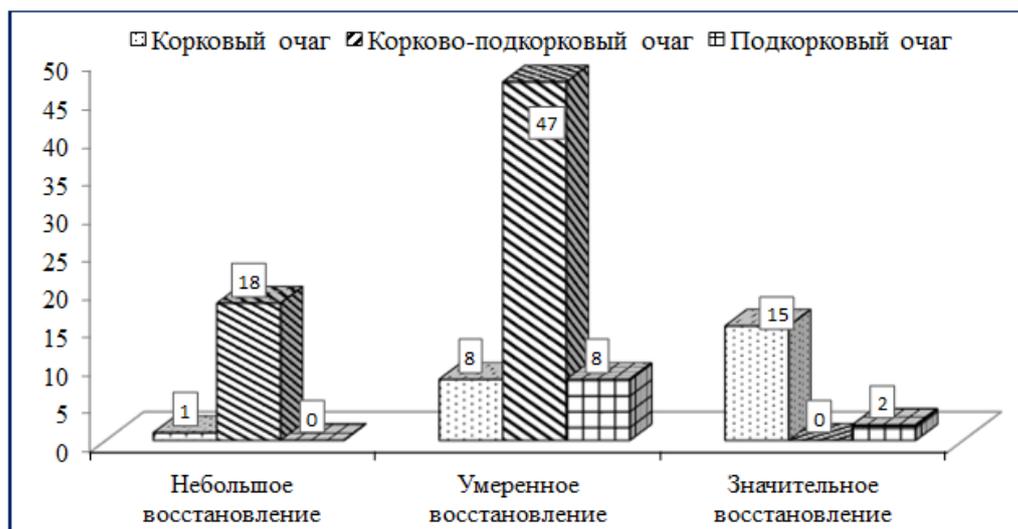


Рис.2. Динамика восстановления пациентов после проведения логопедических занятий

вительного обучения – опора на личность больного [22]. Э. С. Бейн [2] отмечает, что успешная речевая реабилитация подразумевает применение дифференцированного подхода при любой форме афазии с учетом системного характера нарушения. При составлении индивидуальной программы восстановительного обучения мы учитывали ряд педагогических условий или требований [23], таких как избирательность в содержании программы, последовательность в выполнении операций, опора на внешние вспомогательные средства, многократная повторяемость упражнений. На рисунке 2 представлена динамика восстановления пациентов после проведения логопедических занятий.

Анализ восстановления речи при различных размерах и локализации очага поражения показал (рис. 2), что тотальная и грубая сенсорная афазия отмечалась у больных со средним и большим кортикальным, кортиково-подкорковым очагами поражения. Незначительная степень восстановления речевой функции отмечалась у 19 (16 %) лиц со средними кортиково-подкорковыми и 9 (8 %) с – большими по размеру подкорковыми очагами поражения.

При кортикальных очагах у 7 (6 %) отмечался значительный регресс речевых нарушений и по окончании курса логопедических занятий

выявлялись негрубые речевые нарушения. В группе с умеренным восстановлением речи преобладали пациенты со средними и большими кортиково-подкорковыми очагами поражения головного мозга. Восстановление речевой функции у больных с кортикальными очагами проходило в более сжатые сроки и протекало лучше, по сравнению с аналогичными очагами в глубинных подкорковых структурах. Поэтому при рассмотрении факторов, влияющих на восстановление речи, приоритетными становятся не только локализация, но и размер очага поражения. В процессе логопедической работы были определены сензитивные и критические периоды использования авторской педагогической методики на разных этапах восстановления речи у лиц с постинсультной афазией. Выделены два важнейших критических периода реконструкции речевой функции: на 2-3 и на 22-24 дни с момента инсульта, характеризующиеся повышенной нейропластичностью к проведению логопедического воздействия с применением методов сенсорной стимуляции, что подтверждается проведенным Е. С. Бердникович исследованием [4]. После выписки из стационара со всеми пациентами была продолжена амбулаторная и домашняя (дистанционная) логопедическая работа с целью закрепления по-



лученных навыков и активизации коммуникативной функции. Таким образом, условиями эффективного и успешного проведения речевой реабилитации являются соблюдение специальных принципов восстановления постинсультных пациентов на всех этапах реабилитации с учетом персонализации; разработка персонализированной педагогической программы речевой реабилитации, базирующейся на постановке адекватных целей (краткосрочных и долгосрочных) с учетом коморбидного состояния лиц после инсульта; вовлечение в педагогический процесс пациента и его родственников, обучение коммуникативным стратегиям и способам общения с больным.

Проведенное исследование позволяет сделать вывод: учет вышеизложенных принципов позволяет грамотно и эффективно осуществлять логопедическую работу по преодолению речевого дефицита, повысить уровень реабилитационной эффективности и социализации. Приоритетным направлением логопедической работы в остром периоде мозговой катастрофы является активизация сохранных анализаторов, а также замещение и перестройка нарушенных функций. Решающее значение для восстановления нарушенных функций принадлежит раннему началу логопедических мероприятий, учету структуры дефекта и объема очага поражения. Персонализированный подход с опорой на социокультурный преморбид пациентов доказывает свою эффективность в процессе диагностики, коррекционного воздействия и профилактики речевых расстройств в условиях ограниченных по времени сроков госпитализации.

Следует помнить, что главной целью логопедического воздействия является не столько преодоление речевого дефицита, сколько восстановление коммуникативной активности пациента и его стремления к общению с близким окружением, медицинским персоналом и коллегами.

АННОТАЦИЯ

Статья посвящена теме восстановления пациентов, страдающих афазией в остром периоде инсульта. Восстановление речи представляет важную медико-социальную и педагогическую проблему, так как речевая функция

является основным средством координации социального поведения и коммуникации лиц после инсульта. Актуальность исследования обусловлена увеличением и омоложением количества пациентов с афазией, активно нуждающихся в помощи логопедов. Восстановительная работа проводилась в соответствии с принципами поэтапной речевой реабилитации методами логопедического воздействия. Учет специальных принципов позволяет грамотно и эффективно осуществлять логопедическую работу по преодолению речевого дефицита, повысить уровень реабилитационной эффективности и социализации лиц с афатическими нарушениями на фоне коморбидности.

Ключевые слова: реабилитация, речевая патология, коморбидность, восстановление речи, афазия, инсульт, принципы обучения.

SUMMARY

The article is devoted to the topic of recovery of patients suffering from aphasia in the acute period of stroke. Recovery of speech is an important medical, social and pedagogical problem, since speech is the main means of coordination of social behavior and communication of persons after stroke. The relevance of the study is due to the increase and rejuvenation of the number of patients with aphasia who actively need the help of speech therapists. Restorative work was carried out according to the principles of stage-by-stage speech rehabilitation by methods of speech therapy. In the course of the experiment, sensitizing and critical periods of using the author's pedagogical method at different stages of speech rehabilitation were determined. Consideration of special principles allows competent and effective speech therapy work on overcoming speech deficits, increasing the level of rehabilitation efficiency and socialization of persons with aphasic disorders against the background of comorbidity.

Key words: rehabilitation, speech pathology, comorbidity, speech recovery, aphasia, stroke, teaching principles.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аристотель. О долготе и краткости жизни // Вопросы философии. – 2016. – № 12. – С. 169–174.



2. Бейн Э. С. Афазия и пути её преодоления. – Л.: Медицина, 1964. – 227 с.
3. Белялов Ф. И. Лечение болезней в условиях коморбидности. – М.: ГЭОТАР Медиа, 2016. – 544 с.
4. Бердникович Е. С. Дифференцированный подход к восстановлению речи у больных с афазией в остром и раннем периодах инсульта: автореф... дисс. ... канд. пед. наук. – М., 2013. – 24 с.
5. Бурлакова М. К. Коррекционно-педагогическая работа при афазиях. – М.: Просвещение, 1991. – 192 с.
6. Варакин Ю. Я., Лубенская М. Р. Клиника и динамика сенсорной афазии у больных с сосудистыми поражениями головного мозга // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. – 1999. – № 11. – С. 51–54.
7. Визель Т. Г. Нейролингвистический анализ атипичных форм афазии (системный интегративный подход): автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 2002. – 54 с.
8. Захарьин Г. А. Клинические лекции и избранные статьи. – М., 1910.
9. Коган В. М. Восстановление речи при афазии. – М., 1962. – 110 с.
10. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. – М., 1962. – 127 с.
11. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. – М.: Академ. проспект, 2000. – 456 с.
12. Мудров М. Я. Избранные произведения. – М., АМН СССР, 1949. – 134 с.
13. Опель В. В. Восстановление речи при афазии: методические указания. – Л., 1963. – 78 с.
14. Очерки ангионеврологии / под ред. З. А. Суслиной. – М.: «Атмосфера», 2005. – 368 с.
15. Орлов А. Б. Человекоцентрированный подход в психологии, психотерапии, образовании и политике (К 100-летию со дня рождения К. Роджерса) // Вопр. психологии. – 2002. – № 2. – С. 64–84.
16. Павлов И. П. «Павловские среды». – М.; Л.: Изд. Академии наук СССР, 1949. – Т. III. – 10 с.
17. Платонов К. И. Слово как физиологический и лечебный фактор. – М.: Медгиз, 1957. – С. 7–10.
18. Роджерс К. Р. Клиентоцентрированная психотерапия. – М.: Рефл-бук, 1993. – 320 с.
19. Столярова Л. Г., Варакин Ю. Я., Вавилов С. Б. Особенности речевого синдрома и его динамики у больных, перенесших инсульт (клин.-томограф. исследование) // Журн. Неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. – 1981. – № 8. – С. 1141–1146.
20. Столярова Л. Г., Шохор-Троцкая М. К. Особенности динамики речи у больных с различными вариантами моторной афазии при инсульте // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. – 1981. – № 1. – С. 10–15.
21. Ткачева В. В. Технологии психологической помощи семье ребенка с отклонениями в развитии. – М.: Аст, 2007. – 318 с.
22. Цветкова Л. С. Афазия и восстановительное обучение. – М.: МПСИ, 2001. – 256 с.
23. Цветкова Л. С. Нейропсихология счета, письма и чтения: нарушение и восстановление. – М.: МПСИ; Воронеж: МОДЭК, 2005. – 360 с.
24. Цветкова Л. С., Глозман Ж. М. Афазия и восстановительное обучение. – М., 1983. – 216 с.
25. Шкловский В. М., Визель Т. Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. – М.: Ассоциация дефектологов, 2000. – 96 с.
26. De Jong-Hagelstein M. [et al.]. Efficacy of early cognitive-linguistic treatment and communicative treatment in aphasia after stroke: a randomised controlled trial (RATS-2). – Journal of Neurology, Neurosurgery, & Psychiatry. – 2011. – № 82. – Pp. 399–404.
27. Holland A. & Fridriksson J. Aphasia management during the early phases of recovery following stroke // American Journal of Speech-Language Pathology. – 2001. – № 10 (1). – Pp. 19–28.
28. Rofes L. et al. Neuogenic and oropharyngeal dysphagia // Annals of The New York Academy of Sciences: The 11th OESO World Conference: Reflux Disease. – 2013. – P. 1300.