

Афазия



Афазия (от греч. а – отрицательная частица и phasis – высказывание) — системные нарушения речи, вызванные локальными поражениями коры левого полушария (у правшей).

Эти нарушения могут затрагивать фонематическую, морфологическую и синтаксическую структуры активной и пассивной речи.

Характеристика семантической афазии



План

1. Локализация поражения. Механизм нарушения.
2. Характеристика импрессивной речи.
3. Характеристика экспрессивной речи.
4. Особенности письменной речи.

Под семантической афазией понимают сенсорную афазия, проявляющуюся нарушением понимания речи вследствие невозможности установить отношения между словами при достаточной сохранности понимания значений отдельных слов; нарушением понимания фраз сложной грамматической конструкции.



При поражении теменно-затылочных отделов левого полушария сохраняется плавное синтагматическая организация речи, не отмечаются поиски звукового состава слова, отсутствует явление снижения слухоречевой памяти или нарушения фонематического слуха, сохраняется артикуляторно-фонематический уровень.



Значительные нарушения речи выражаются в явлении забывания слов, а так же в трудностях понимания и формулирования сложных логико-грамматических отношений.



Семантическая афазия является единой формой афазии, при которой с одной стороны имеются характерные для нее амнестические трудности при поисках нужного слова или произвольного называния предмета (то, чем пишат, то чем режут), с другой стороны имеется сложный импрессивный аграмматизм (флективный + предложно-пространственный).



При семантической афазии у больных понимание элементарных фраз, передающих "коммуникацию событий" сохранно (например, перечисление определенных факторов). Такие фразы могут состоять из 7-11 элементов и быть свободно поняты этими больными. Но, тем не менее, существует сложная система "коммуникативных отношений", которая обусловлена парадигматическими отношениями.



Больные с этой формой афазии хорошо понимают значение отдельных предлогов, свободно кладут тетрадь под вилку, или книгу справа от ложки, однако затрудняются в расположении трех предметов по инструкции: «Положите линейку справа от книги и слева от ложки».



Еще большие трудности больные испытывают при расположении геометрических фигур, они не в состоянии решить такую логико-грамматическую задачу, как нарисовать овал под квадратом. У них нарушено понимание сравнительных конструкций (*муха меньше слона*), оборотов со словами *перед*, *после*, *без* (*после учебы*, *перед осенью* и др.), флективных инвертированных словосочетаний или конструкций творительного падежа (*шапка матери*; *конура собаки*).





При оценке всех подобных конструкций больные понимают либо отдельные слова, либо схватывают общую ситуацию (о ком (чем) говорится?), но взаимодействия и взаимоотношения указанных в предложениях объектов или явлений остаются недоступными больным с семантической афазией.

Трудности наблюдаются и в определении направленности действия при понимании предложений: *Серёжу ударил Федя (Кто драчун?)*, при нахождении аналогичного предложения из предъявленных: *Солнце освещается Землей; Земля освещается Солнцем или Земля освещает Солнце; Солнце освещает Землю.*



Грубейшим нарушением при семантической афазии выступает понимание значения предлогов внутри предложения. Часто у больных вызывают затруднения понимание сложных синтаксических конструкций, выражающих причинно-следственные, временные и пространственные отношения, деепричастные и причастные обороты (например, *я пошел в гости после того, как убрал в квартире*).





Не обнаруживают
алогичности
предложений типа:
*Шел дождь, потому
что было мокро.* У
больных с
семантической
афазией утрачивается
понимание метафор,
пословиц, поговорок,
крылатых слов.

Экспрессивная речь больных с данной формой афазии отличается сохранностью синтагматической стороны. Речь при этом артикуляторно сохранна, не отмечается literalных парафазии, отсутствует выраженный аграмматизм, но в письменной и устной речи больные не употребляют сложных лексических комплексов, в результате лексика становится семантически бедной.



Отмечаются выраженные амнестические трудности, подсказка первого слога или звука слова помогает больному. При поиске нужного слова больной заменяет их описанием функции того или иного слова или признаком данного предмета, вербальными парафазиями из того же семантического поля (например, это то, что показывает время).





При семантической афазии письменная речь отличается бедностью, стереотипностью синтаксических форм, в ней мало сложносочиненных и сложноподчиненных предложений, резко сокращается употребление прилагательных.



Нарушение счета
выражается в
трудностях
понимания текста
задач, что так же
объясняется
нарушением
симультанного
анализа и синтеза
тех же логико-
грамматических
конструкций.



При поражении передних отделов 39 поля у левшей может возникнуть дезориентирование в географической карте, зеркальное написание отдельных букв и цифр, а иногда изолированные, очень тяжелые кинестетическая аграфия и алексия.



При поражении задних отделов 39 поля могут возникнуть оптическая алексия и реже аграфия. Иногда наблюдается легкая оптическая агнозия, следствием чего могут быть трудности в назывании предметов.

Характеристика афферентной моторной афазии

План

1. Локализация поражения. Механизм нарушения.
2. Характеристика экспрессивной речи.
3. Характеристика импрессивной речи.
4. Особенности письменной речи.

Афферентная моторная афазия

Впервые описана
О. Липманом в 1913 г.

В основе лежит
нарушение
кинестезической
афферентации, идущей
при произнесении слов.



Афферентная моторная афазия является одним из самых тяжелых речевых расстройств. Синдром кинестетической апраксии анатомически связан с повреждением постцентральных и нижнетеменных отделов коры головного мозга, расположенных сзади от центральной, или роландовой борозды (7, 40 поля) и в большинстве случаев сопровождается явными нарушениями орального праксиса.

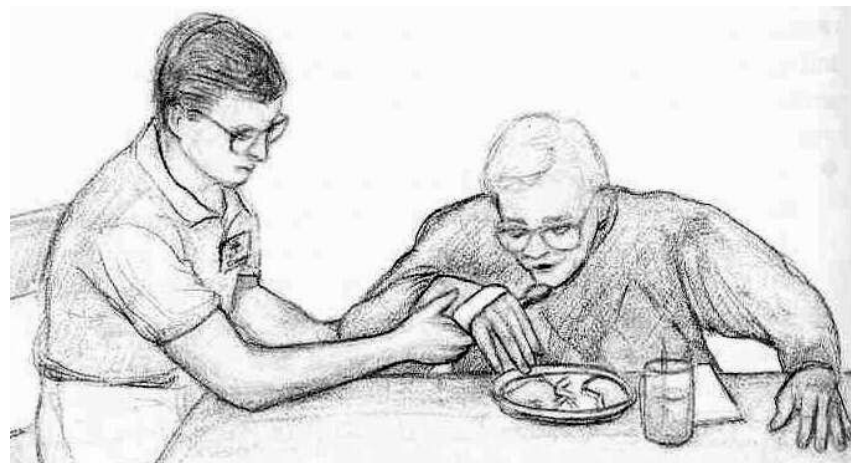


При афферентной моторной афазии возникает апраксия артикуляционного аппарата или нарушение симультанного афферентного пространственно-кинестетического анализа и синтеза движений различных органов артикуляционного аппарата, нарушение дифференциации оценки выбора способов артикуляции, конструктивно-пространственного анализа артикуляционного состава или звукового комплекса.

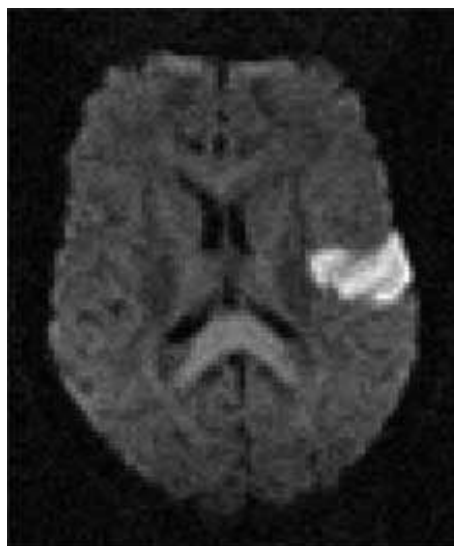


Локализация поражения

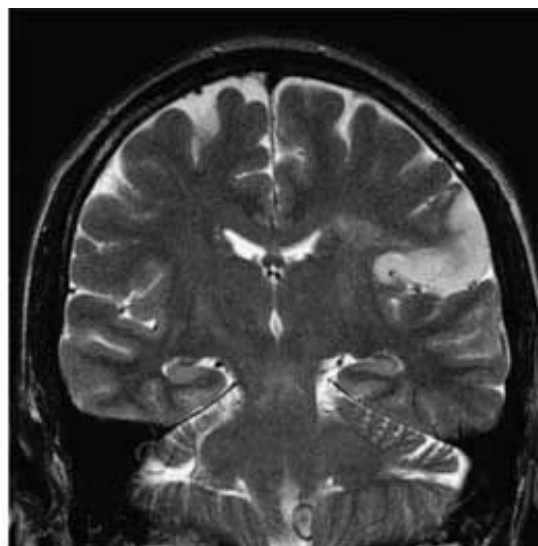
Афферентная моторная афазия возникает при поражении **нижних отделов постцентральной коры левого полушария** (нижняя часть корковых полей I, 2, 5, 7, частично 40). В её основе которой лежит нарушение кинестетической афферентации, идущей при произнесении слов.



Мозковий інфаркт у зоні Брока внаслідок розшарування лівої внутрішньої сонної артерії

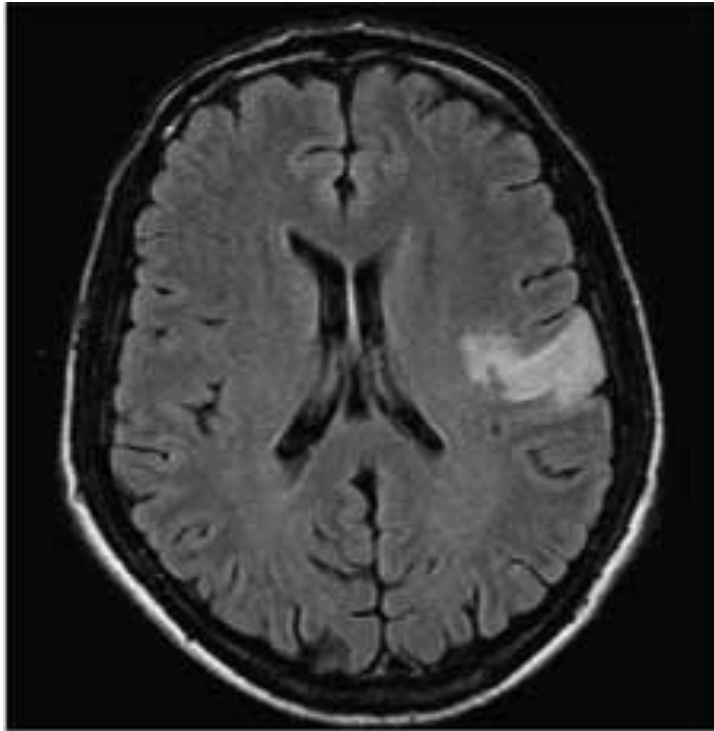


а

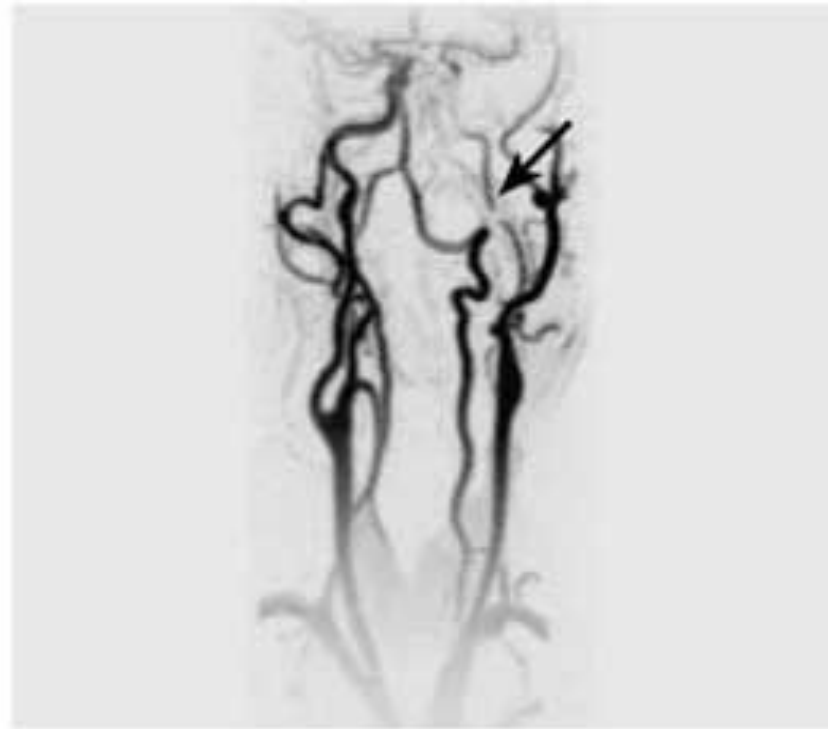


б

- Рис. А. На аксіальному дифузно-зваженому зображенні видно інфаркту тканину мозку, котра яскравіша від довколишньої паренхіми. Вона локалізується в центральній ділянці кровопостачання середньо-мозкової артерії, а точніше — нижній лобній закрутці (зона Брока, цитоархітектонічне поле 44). Остання кровопостачається прероландовою артерією.
- Рис. В. На фронтальному зрізі Т2-зваженого зображення візуалізується гіперінтенсивний сигнал, сумірний з інфарктом у зоні Брока, зокрема у нижній лобній закрутці над сільвієвою борозною.

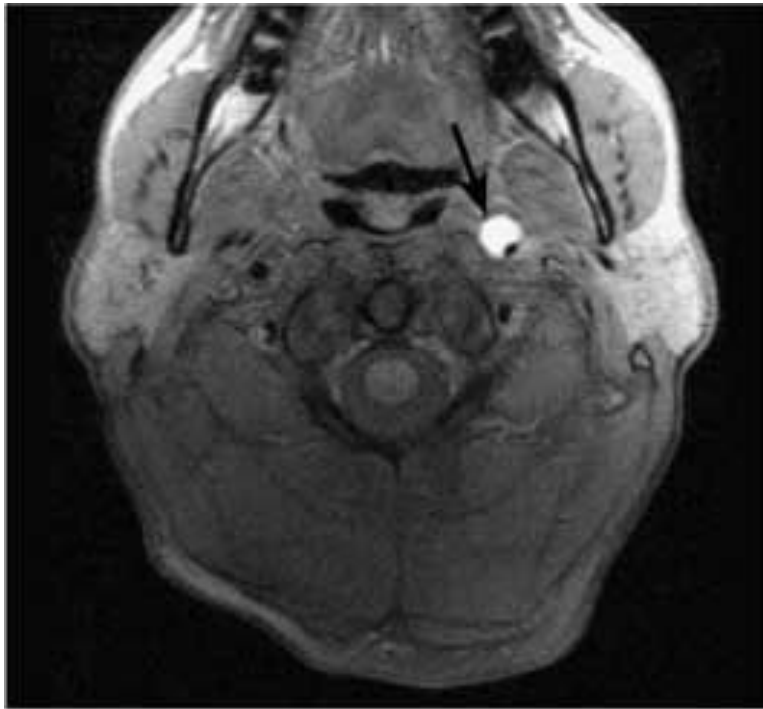


c

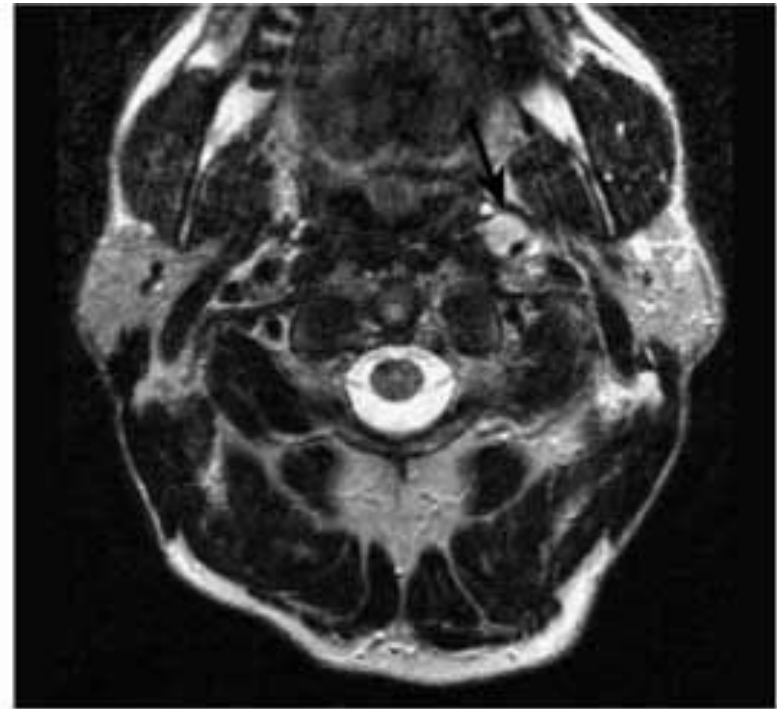


d

Рис. С. Аксіальне Т2-зважене зображення в режимі FLAIR. Порівняно з довколишніми тканинами ділянка інфаркту виглядає гіперінтенсивною. Рис. D. Контрастна МРТ-ангіографія демонструє виражене зниження кровоплину в лівій внутрішній сонній артерії (стрілка).

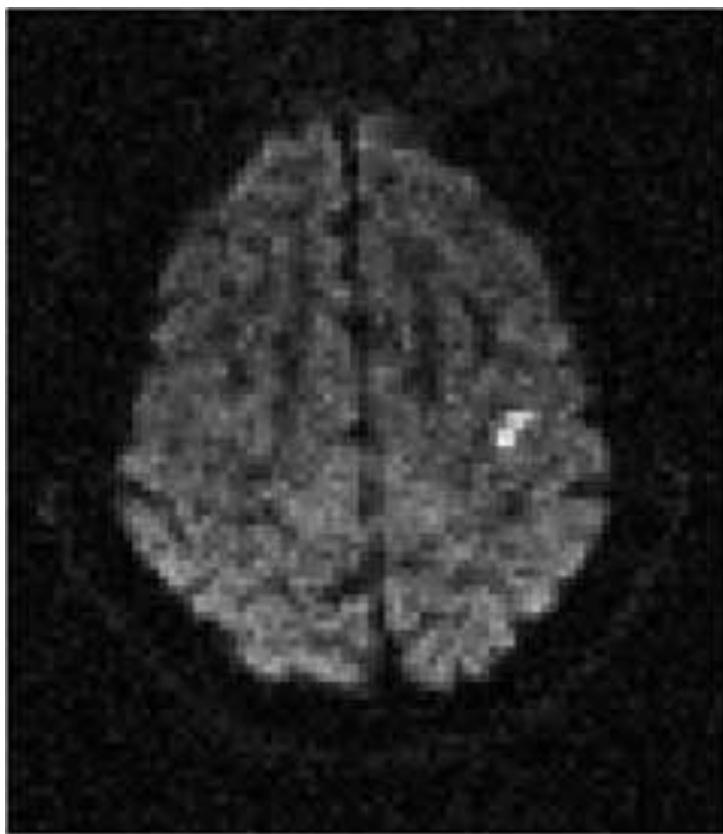


e



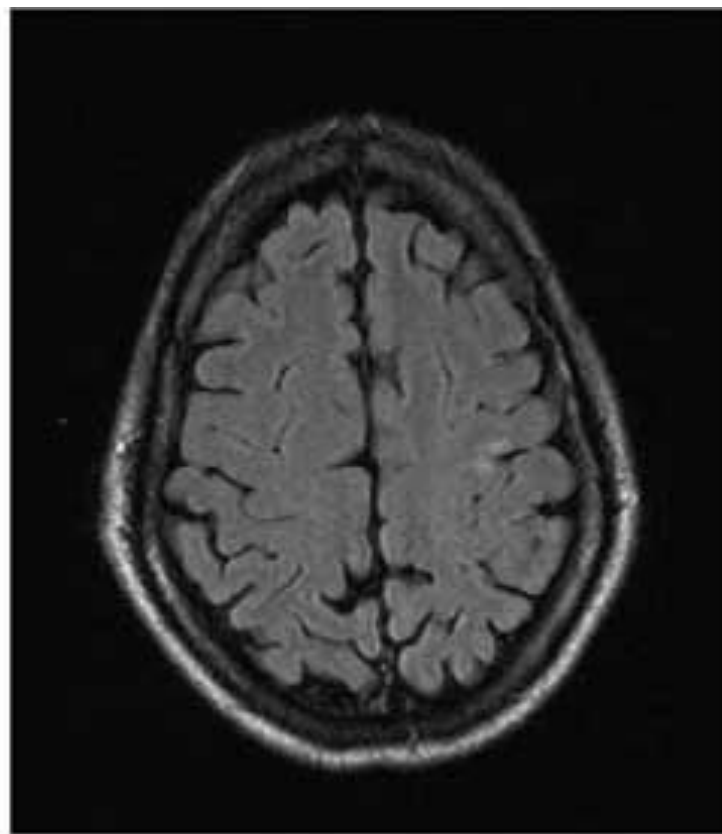
f

Рис. Е і F. Аксіальні зображення на рівні 2 шийного хребця в T1- і T2-режимі засвідчують існування гіперінтенсивного сигналу, спричиненого інтрамуральною гематомою лівої внутрішньої сонної артерії, що вказує на розшарування останньої (стрілки).



g

Рис. Г. На аксіальному дифузно-зваженому зображенні видно другу зону інфаркту в лівій прецентрській закрутці, що кровопостачається прероландовою артерією; клінічно це сумірно із парезом правої руки.



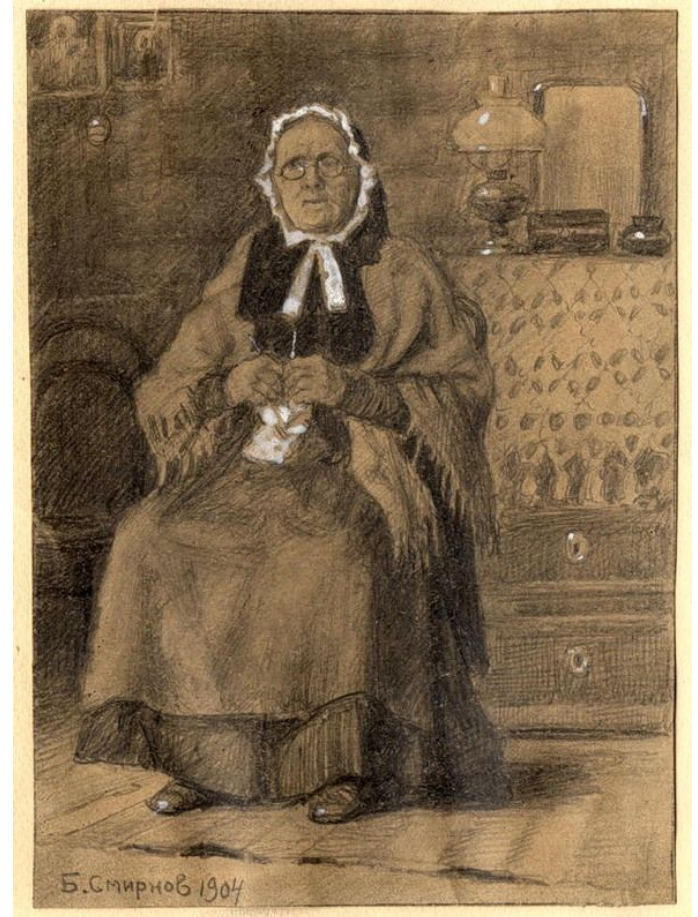
h

Рис. Н. Аксіальне Т2-зважене зображення в режимі FLAIR демонструє зону другого інфаркту як невелику ділянку гіперінтенсивного сигналу.

А.Р. Лурия выделяет два варианта:

I. Нарушение пространственного, симультанного синтеза движений органов артикуляции и полное отсутствие ситуативной речи.

II. «Проводниковая афазия» – сохранна ситуативная, клишеобразная речь при грубом распаде повторения, называния и других произвольных видов речи.



При выраженной апраксии органов артикуляции может наблюдаться полное отсутствие спонтанной речи, больные не могут произнести даже отдельные звуки, что приводит к хаотичным движениям губ и языка, к литеральным заменам. На более позднем этапе у больных особенно отчетливо выделяется трудность не только в выборе органа артикуляции, но и места артикуляции.



Неврологические симптомы

Первичный дефект – афферентная артикуляторная диспраксия, главным проявлением которой является распад обобщённых артикуляторных поз звуков речи – артикулем. Сочетается с оральной (щечно-язычной) апраксией (неспособностью воспроизводить по заданию движения языком и губами, требующие значительной точности - поместить язык между верхней губой и зубами и т.п.)

Это приводит к неспособности воспроизводить звуки речи – артикулировать их.

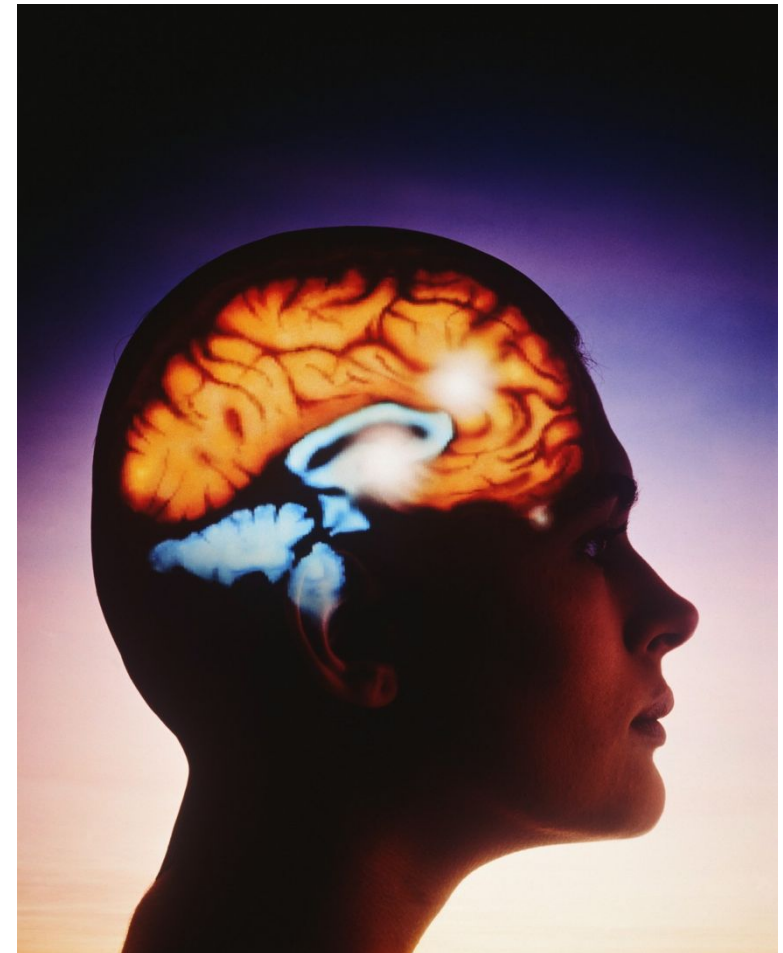


Состояние импрессивной речи

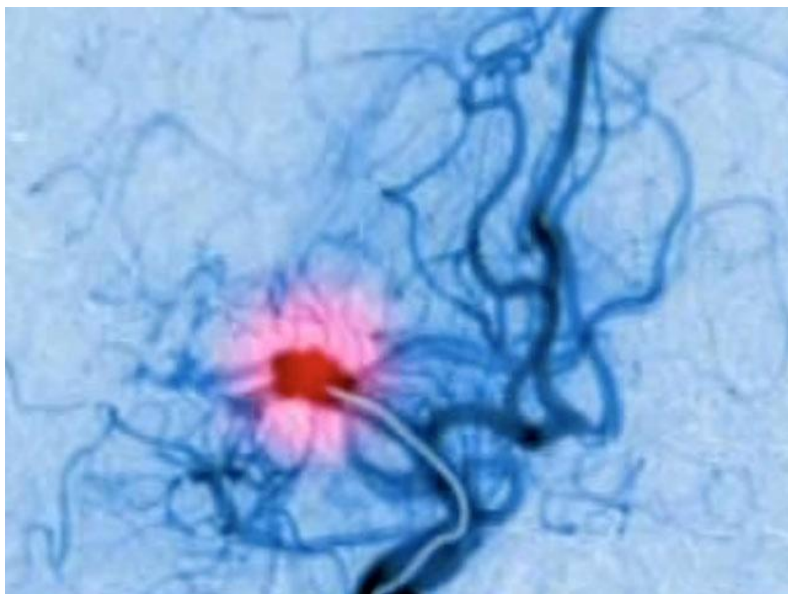


На раннем этапе после травмы или инсульта при афферентной афазии может наблюдаться грубое нарушение понимания речи. Это объясняется тем, что в процессе понимания значительную роль играет кинестетический контроль, сопряженное, скрытое произнесение воспринятого на слух сообщения.

Период значительного непонимания речи у больных с афферентной кинестетической моторной афазией непродолжителен (от одного дня до нескольких суток после инсульта), после чего у них отмечается быстрое восстановление понимания ситуативной разговорной речи, понимание значений отдельных слов, возможность выполнения несложных инструкций.



Длительное время у больных наблюдаются специфические особенности нарушения понимания. Они заключаются во вторичных нарушениях фонематического слуха. При афферентной кинестетической моторной афазии возникают трудности в распознавании на слух слов со звуками, имеющими общие признаки по месту и способу артикуляции (губные: б — м — п, переднеязычные: д — л — т — н, сонорные щелевые: н — х — ш, сонорные и гласные и т. д.). Эти трудности фонематического анализа в целом компенсируются избыточностью фонематических различий слов в разговорной речи и позволяют им понимать ее, но сказываются в письме больных. Нарушение понимания слова ухудшается в тех случаях, если больной пытается его проговорить, т. е. включает первично нарушенный кинестетический контроль.



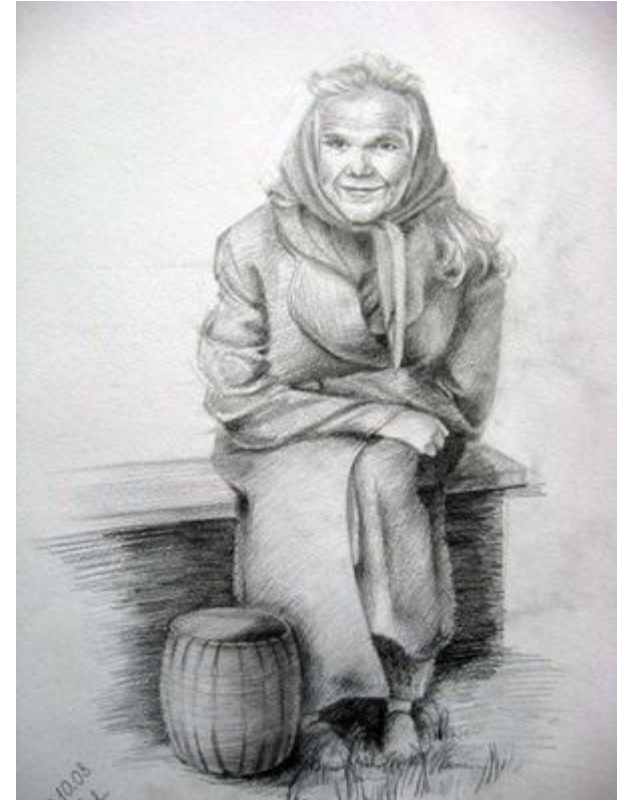
Наряду с артикуляторными нарушениями, приводящими к нечеткости восприятия на слух речи, при афферентной кинестетической моторной афазии наблюдаются трудности понимания лексических средств языка, передающих различные сложные пространственные отношения. К ним относится прежде всего характерный для этой формы афазии предложный импрессивный аграмматизм: при сохранности понимания значений отдельных предлогов нарушается возможность расположения в пространстве трех предметов, например, положить или нарисовать карандаш под кисточкой и над ножницами, т. е. наблюдаются нарушения понимания, свойственные для семантической афазии.





Значительные трудности в понимании вызывают глаголы с приставками (завернуть, возвращаться и др.), которые, кроме пространственного признака, отличаются и многозначностью. Особые трудности испытываются в понимании значений личных местоимений, употребляемых в косвенных падежах, что объясняется отсутствием в них предметной отнесенности, наличием различной пространственной направленности, обилием фонематических изменений (например, *мне — меня — мною*).

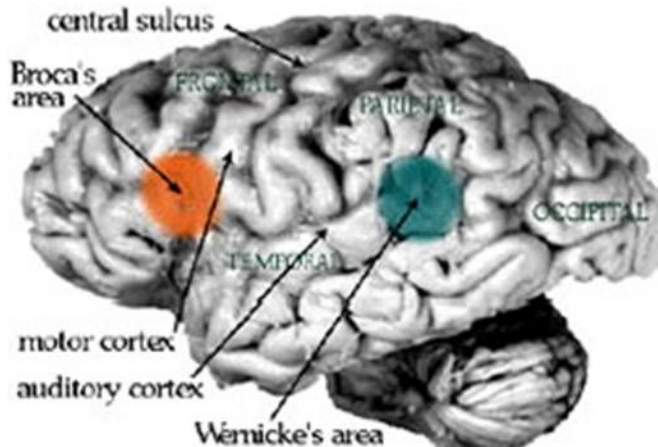
Для устной речи этих больных характерны трудности в усвоении слоговой структуры слогов (они дробят закрытый слог на два открытых, дробят стечения согласных в слоге или опускают согласный звук). При менее выраженной апраксии артикуляционного аппарата больные, медленно подбирая нужные артикуляторные движения, общаются при помощи неполных высказываний, обеспечивающих им элементарный контакт с окружающими.



В некоторых случаях могут наблюдаться в речи больных легкие артикуляционные призвуки, напоминающие в одних случаях дизартрию, в других – легкий иностранный акцент, выражающийся не в изменении интонации, а в замедленности и искусственности произнесения слов, оглушении звонких и отсутствии мягких согласных.



Состояние экспрессивной речи

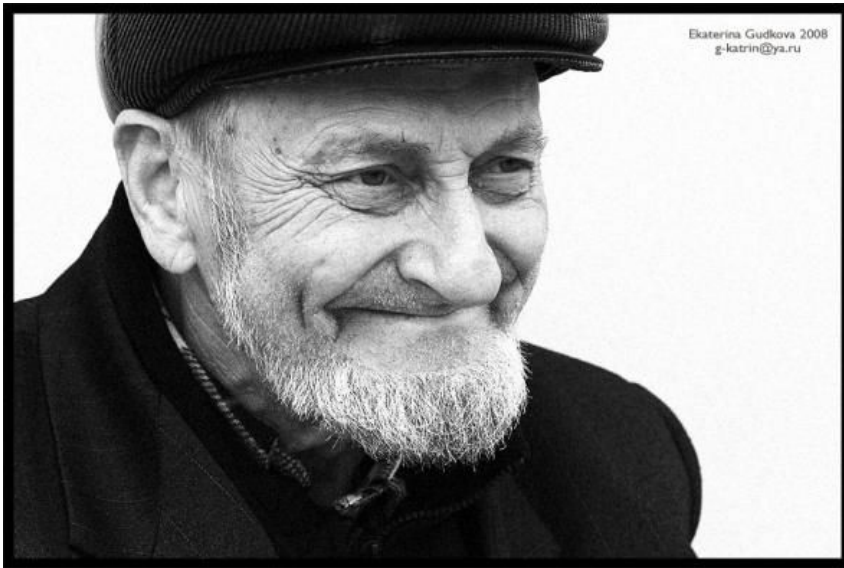


А.Р. Лурия отмечает (1969, 1975), что существуют два варианта афферентной кинестетической моторной афазии. Первый характеризуется нарушением пространственного, симультанного синтеза движений различных органов артикуляционного аппарата и полным отсутствием ситуативной речи при грубой выраженности расстройства.

Второй вариант, носящий в клинике название «проводниковой афазии», отличается значительной сохранностью ситуативной, клишеобразной речи при грубом распаде повторения, называния и других произвольных видов речи. Этот вариант афферентной кинестетической моторной афазии характеризуется преимущественно нарушением дифференцированного выбора способа артикуляций и симультанным синтезом звуковых и слоговых комплексов, входящих в слово.

При первом варианте афферентной моторной афазии выраженная апраксия артикуляционного аппарата может привести к полному отсутствию спонтанной речи. Попытки произвольного повторения звуков приводят к хаотичным движениям губ и языка, к литеральным (звуковым) заменам. Пристальное всматривание больного в артикуляцию логопеда приводит лишь к нахождению либо способа, либо органа артикуляции, что порождает смещение звуков м — п. — б, н — д — т — л, и — с, о — у и т. п., которое объясняется нарушением кинестетической оценки степени смычки артикуляторных органов при произнесении звуков, десинтеграцией движений таких органов, как мягкое нёбо и голосовые складки. На более поздних этапах больные произносят слово халат как «ханат» или «ходят», дом как «лом» или «том», т. е. одна фонематическая парадигма заменяется другой.





Для афферентной моторной афазии характерны трудности в анализе структуры сложных слогов. Больные дробят закрытый слог на два открытых, дробят стечения согласных в слоге, опускают согласные звуки. Поэтому нередко слова тут, там, вот, стол, шапка и т. д. звучат как «ту-ть», «та-мь», «во-ть», «сь-то-ль», «ша-пъ-ка» и т. д. По мере восстановления произносительной стороны речи выявляется сохранность синтагматической стороны речевого высказывания.

В некоторых случаях могут оставаться легкие артикуляционные призвуки, напоминающие в одних случаях дизартрию (псевдодизартрия как следствие апраксии артикуляционного аппарата), в других — легкий иностранный акцент, выражающийся не в изменении интонации, а в замедленности и искусственности произнесения слов, оглушении звонких и отсутствии мягких согласных, в редких literalных парафразиях.



При поражении указанного отдела мозга возникает нарушение координации работы мышц, участвующих в формировании речи, и появляются ошибки при произнесении отдельных речевых звуков, прежде всего гомоорганых, т.е. со сходными фонетическими особенностями (например, переднеязычные <т>, <д>, <н>; щелевые <ш>, <щ>, <з>, <х>; губные <п>, <б>, <м>). Невнятная, в ней возникают многочисленные замены звуков, что делает ее непонятной для окружающих, сам же больной не в состоянии ее контролировать ввиду своеобразной сенситивной атаксии в структурах, обеспечивающих формирование речи.



Понимание речи может быть грубо нарушенным, особенно на раннем этапе после травмы или инсульта. Период значительного непонимания речи у больных непродолжителен (от 1 дня до нескольких суток), после чего у них отмечается быстрое восстановление понимания ситуативной речи, понимания значения отдельных слов, возможность выполнения несложных инструкции.





У больных наблюдаются специфические особенности нарушения понимания. Они заключаются во вторичных нарушениях фонематического слуха (трудности в распознавании на слух слов со звуками, имеющими общие признаки по месту и способу артикуляции).



Наряду с артикуляторными нарушениями, приводящими к нечеткости восприятия на слух речи, при афферентной моторной афазии наблюдаются трудности понимания лексических средств языка, передающих сложные пространственные отношения.

К ним относится, прежде всего, характерный для этой формы афазии предложный импрессивный аграмматизм: при сохранности понимания значений предлогов нарушается возможность расположения в пространстве предметов, т.е. наблюдаются нарушения понимания, свойственные для семантической афазии.



Сложность и многообразие особенностей нарушения импрессивной речи при афферентной моторной афазии компенсируется в повседневной речи избыточностью, конкретностью ситуации, что и создает картину относительной сохранности у больных понимания речи.



Нарушения чтения и письма при афферентной моторной афазии

При афферентной моторной афазии степень нарушения чтения и письма зависит от тяжести апраксии артикуляционного аппарата. Наиболее грубо нарушены чтение и письмо при тяжелой апраксии всего артикуляционного аппарата. Восстановление чтения и письма происходит параллельно с ее преодолением. Восстановление внутреннего чтения может опережать восстановление письменной речи.



Нарушения чтения при афферентной моторной афазии

Оптическое узнавание графем Д Р Д д М И В В
 (Б-ной подчеркивает идентичные буквы)
 Громкое чтение букв Ш Р Л
 о с нет с, нет р т т с я н, л!

Узнавание букв:
Д П
 Это, м? нет, к? нет Это, р? нет это, в? нет
 р? нет, в? з з (не уверен) не знаю (не уверен).
 Это, м? да нет (не уверен) Это, л? п да, п. (не уверен).

Чтение слов:
МУХА ЛЫЖИ ЧТКА КОТ
 Отказ Отказ Отказ Кошки?
НИНА ПОЛЕ ТЕЛЕГА
 Ди ча ни ча Му му ви? Те ли ха Те ника
 Ти ча? (не понял) Те ни ха.
 (не уверен).

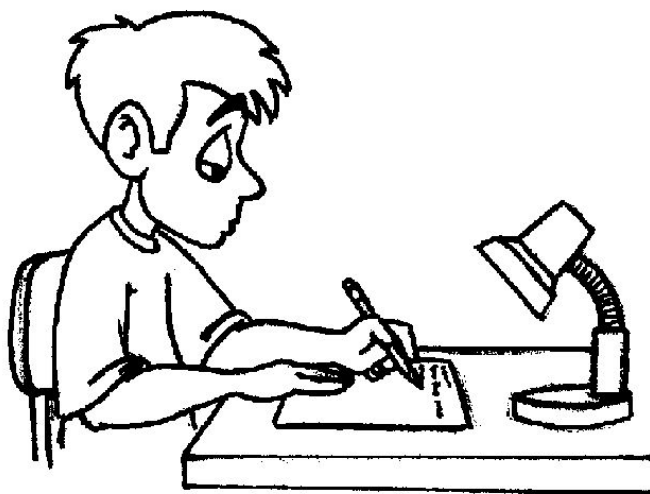
Чтение букв:
Б Л Т
 Не знаю Это - м? не п, м, с, л! с м т.
 знаю. Это, с? не знаю.
 Это, в? не знаю

Чтение слов:
ГУБА СИЛО БАБУШКА
 Гу ма, гума?.. С си ло сило? Ма, мушка?
 Си, л, л, сило?!. Ма, вушка..
 бабушка?..



Рис. 133. Нарушения чтения при афферентной моторной афазии.
 Б-ной Г. (раиеение левой постцентральной области)

При записи слов под диктовку, при письменном назывании предметов, при попытках письменного общения с окружающими сказываются все артикуляционные трудности, т. е. появляется **множество литеральных параграфий**, отражающих смешение гласных и согласных фонем, близких по месту и способу артикуляции, пропускаются согласные (сонорные).



При втором варианте афферентной моторной афазии больные с трудом сохраняют порядок букв в слове, представляют их зеркально (вода — «даво», окно — «онко»), пропускают гласные или же пишут сначала все согласные, а затем уже гласные, причем, как правило, у них сохраняется представление о наличии звука в слове, например, пропуская букву ё в слове ведёт, больной ставит две точки над д.



Письмо под диктовку

Письмо под диктовку

т л халат большой

л н халат большой
халат большой

Б-ной Гур. 7 класс Ранение лев. темен. обл.

вагон стол парта

вагон стол парта
вагон стол парта

Б-ной Вас. 10 класс Ранение лев. темен. обл.

стол слон палата

стол слон палата

Б-ной Лев. 7 класс Ранение лев. тем.

Диктовка	письмо без зрительного контроля артикула	письмо с зрительным контролем артикула (с зеркалом)
муха	м у а	му ха
оса	и	оса
сани	сао	сани
ус	с	ус
шум	г у а	шум
мост	о (отказ)	МОСТ

Б-ной Нас. Ранение левой постцентральной области. Афферентная моторная афазия

Дефекты письменной речи при афферентной моторной афазии зависят от степени тяжести апраксии артикуляционного аппарата. Наиболее грубые нарушения отмечаются при апраксии всего аппарата речи, особенно языка, который является основным органом артикуляции.



При записи слов под диктовку, при письменном назывании предметов, при попытках письменного общения с окружающими сказываются трудности артикуляции, т.е. появляются множество literalных параграфий, смещения гласных и согласных фонем, близких по месту и способу артикуляции, пропуски.



При письме под диктовку больные с трудом сохраняют порядок букв в слове, пишут их зеркально. В некоторых случаях при грубой афферентной моторной афазии наблюдается диссоциация между полным отсутствием устной речи и некоторой сохранностью письменной, служащей средством общения с окружающими.



При афферентной моторной афазии наблюдаются нарушения орального, артикуляционного и символического праксиса по постцентральному типу. Больные с трудом могут имитировать простые оральные позы, символические оральные движения (плевок, поцелуй).



При легкой афферентной моторной афазии символический праксис может оставаться сохранным. Отмечается пространственная дезориентированность в географической карте. Больные не могут определить местонахождение отдельных городов, рек, гор и т.п.



Значительные трудности в счетных операциях, отмечается грубая степень выраженности расстройств. Больным с афферентной моторной афазии доступны лишь простые счетные операции, предъявляемые в письменной форме. Устный счет, а также сложные действия, требующие запоминания отдельных звеньев, не доступны больным из-за отсутствия полноценной опоры на проговаривание.



В некоторых случаях при грубой афферентной моторной афазии наблюдается диссоциация между полным отсутствием устной речи и некоторой сохранностью письменной речи, служащей средством общения с окружающими. Эта сохранность письменной речи объясняется наличием преимущественной апраксии лишь глотки и гортани, выполняющих в русском языке роль преднастройки всех артикуляционных движений (Н.И. Жинкин, 1958) и осуществляющих фонацию гласных и звонких согласных.

По мере восстановления чтения и письма число литеральных параграфий уменьшается.

Характеристика эфферентной моторной афазии



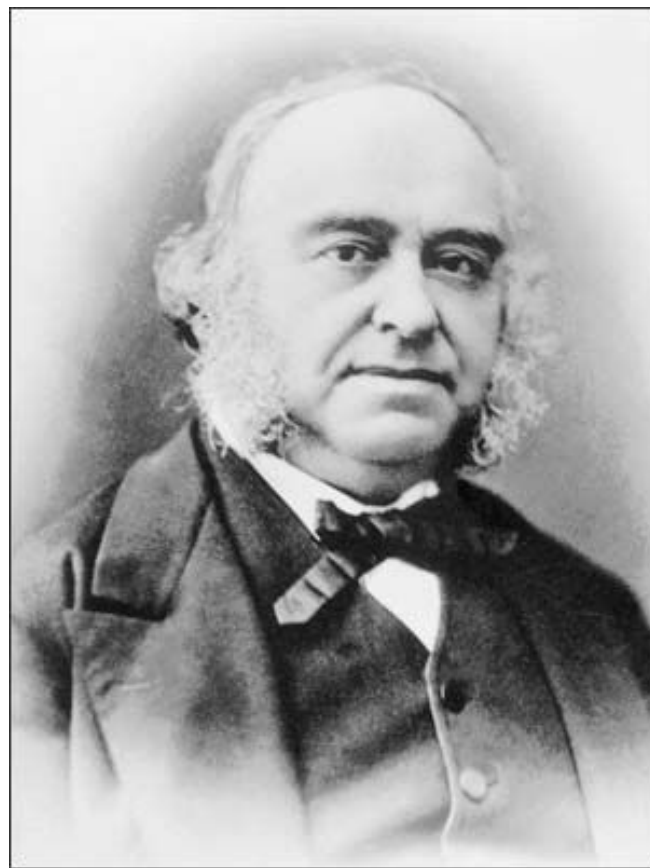
План

1. Локализация поражения. Механизм нарушения.
2. Характеристика экспрессивной речи.
3. Характеристика импрессивной речи.
4. Особенности письменной речи.

Моторная эфферентная афазия

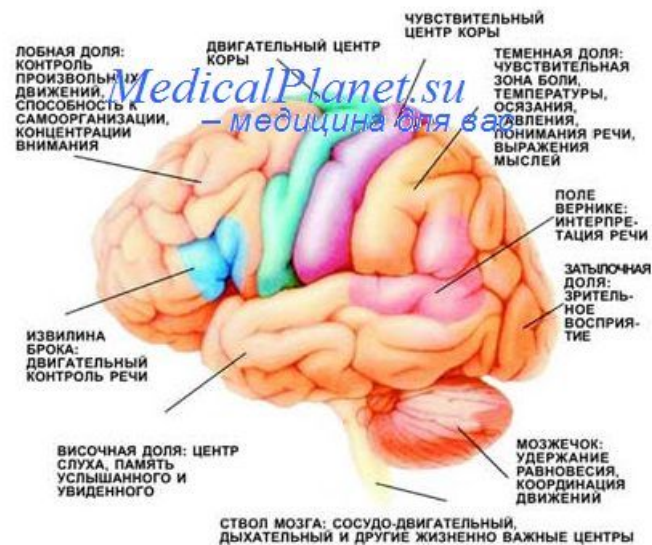
Впервые описана П. Брока в
1861 г.

В основе лежит нарушение
кинетической организации
речевых актов в силу
инертности речевых
стереотипов.



Локализация поражения

Эфферентная моторная афазия возникает при поражении **нижних отделов премоторной коры левого полушария мозга (зона Брока: корковые поля 44 и 45).**



Эфферентная моторная афазия развивается при поражении нижних отделов премоторной области доминантного полушария (44 и 45 поля по Бродману).



Эфферентная моторная афазия связана, с одной стороны, с дезорганизацией кинетической основы двигательного акта, обеспечивающей его развертывание во времени и, с другой стороны, с дезорганизацией механизмов внутренней речи. Она сопровождается, как правило, кинетической апраксией, выражающейся в трудностях усвоения и воспроизведения двигательной программы.



Неврологические СИМПТОМЫ

При эфферентной моторной афазии на стороне субдоминантного полушария обычно имеется гемипарез, при этом выраженность пареза значительнее в руке и на лице.

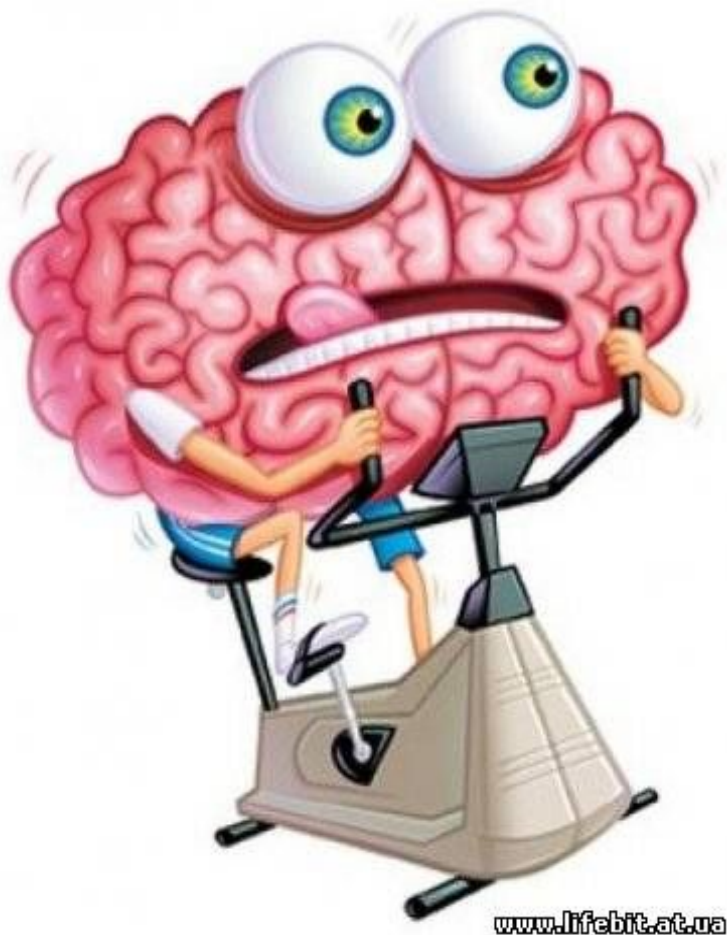
Нарушения орального праксиса. Переключение с позы на позу, с артикулемы на артикулему затруднено, особенно в усложнённых условиях



Состояние импрессивной речи



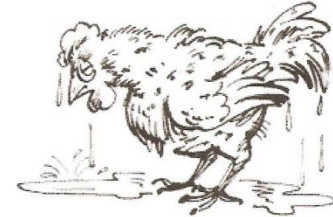
В основе расстройства понимания при эфферентной моторной афазии лежит инертность протекания всех видов речевой деятельности, нарушения так называемого «чувства языка» и предикативной функции внутренней речи.

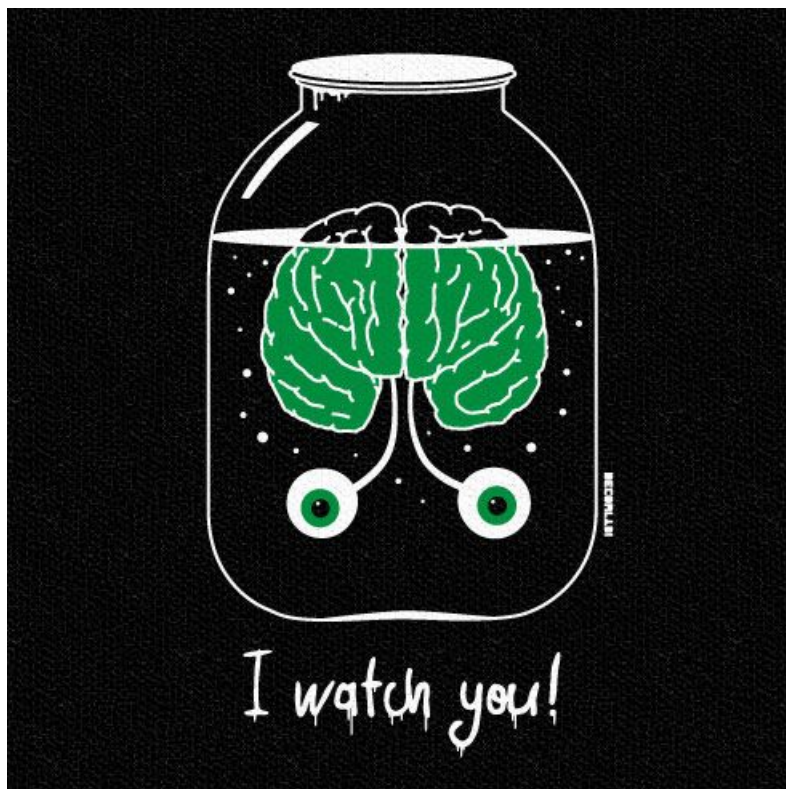


- При грубой эфферентной афазии perseverации проявляются уже при выполнении простых инструкций. Показ отдельных частей тела может быть доступен, если между произносимыми словами сделаны большие паузы. Однако при незначительном убыстрении темпа заданий по показу картинок или частей тела либо лица возникают perseverации. Несколько лучше, но все же с большим трудом больные показывают при повторных просьбах предметные картинки. Вторично нарушается слухоречевая память, затруднен показ серии предметных картинок, при показывании из 10 3 или 4 рисунков perseverируются предыдущие задания.

При эфферентной моторной афазии на слух не различаются грамматически правильно построенные высказывания и неправильные.

Плохо понимается при этой форме афазии переносный смысл метафор, пословиц, что объясняется трудностью переключения на иной, скрытый смысл высказывания (А. Р. Лурия, 1975), отмечается нарушение понимания многозначности слов, таких, например, как коса, ключ, идти. Это объясняется трудностью переключения с конкретного лексического значения слова на другое.





Премоторные отделы доминантного по речи полушария являются завершающими процесс кодирования речевого высказывания. С одной стороны, они осуществляют плавное переключение сформированных в постцентральных отделах артикуляторных и лексических комплексов, с другой — завершают процесс планирования и грамматического оформления замысла высказывания, программируемого в лобных и заднелобных отделах.

В основе нарушения понимания речи при эфферентной моторно-афазии лежит инертность протекания всех видов речевой деятельности, нарушение «чувства языка» и предикативной функции речи. При грубой форме больные с трудом понимают инструкции. При их выполнении проявляются ярко выраженные персеверации.





Показ отдельных частей тела может быть доступен, если между словами были сделаны паузы. Однако при незначительном убыстрении темпа заданий по показу картинок или частей тела, лица возникают персеверации.

При эфферентной моторной афазии на слух не различаются грамматически правильные построенные высказывания и неправильные. Плохо понимается переносный смысл метафор, пословиц, что объясняется трудностью переключения на инс скрытый смысл высказывания. Отмечается нарушение понимания многозначных слов, а также трудности переключения с конкретного лексического значения слова на другое.





Больные
затрудняются
самостоятельно
составить план своего
высказывания
развить его в
повествовательной
форме.

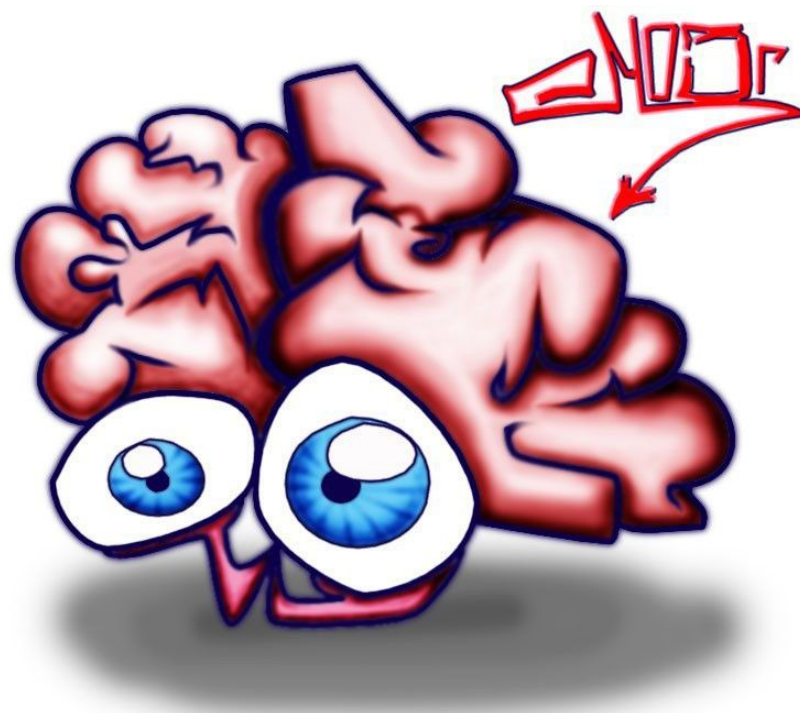
Состояние экспрессивной речи

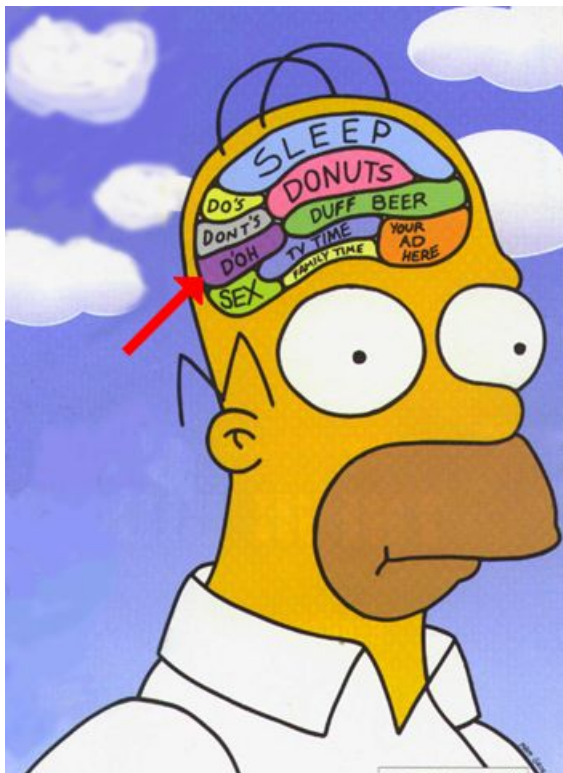
При грубой эфферентной моторной афазии на раннем этапе после нарушения мозгового кровообращения может полностью отсутствовать собственная речь.

Апраксии артикуляционного аппарата при этой форме афазии проявляется не в трудностях повторения отдельных звуков, а в утрате способности повторить серию звуков или слогов. Больной многократно повторяет их, при просьбе повторить две серии звуков или слогов персеверировывает звуки из предыдущего звукового или слогового ряда, не испытывая трудностей в самом акте звукопроизношения.



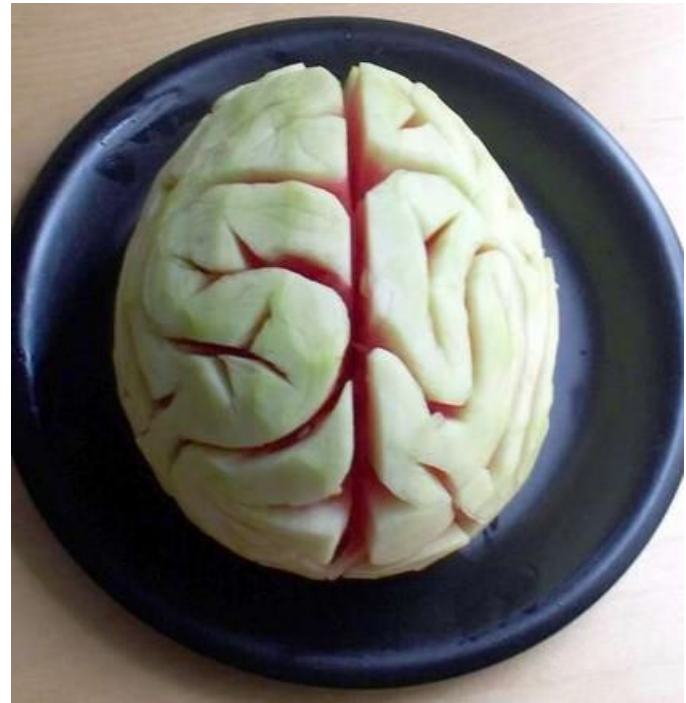
Полностью отсутствует функция называния, а при подсказке первого слога слова происходит либо автоматизированное его заканчивание, либо соскальзывание на другое слово, начинающееся с того же слога, например, называя предметные картинки, больной, получив слоговую подсказку мо, вместо слова молоко произносит «море», «морковь», «мороженое» и т. п. Вследствие инертности артикулирования отдельных слов могут наблюдаться контаминации, обусловленные переносами слога предыдущего слова: «стожка» (стол, ложка).





При другом варианте эфферентной моторной афазии при спонтанном восстановлении речи и общении нередко формируется выраженный экспрессивный аграмматизм: больные пропускают глаголы, с трудом употребляют предлоги, флексии существительных — выявляется так называемый аграмматизм типа «телеграфного стиля, который возникает вследствие нарушения предикативной функции внутренней речи.

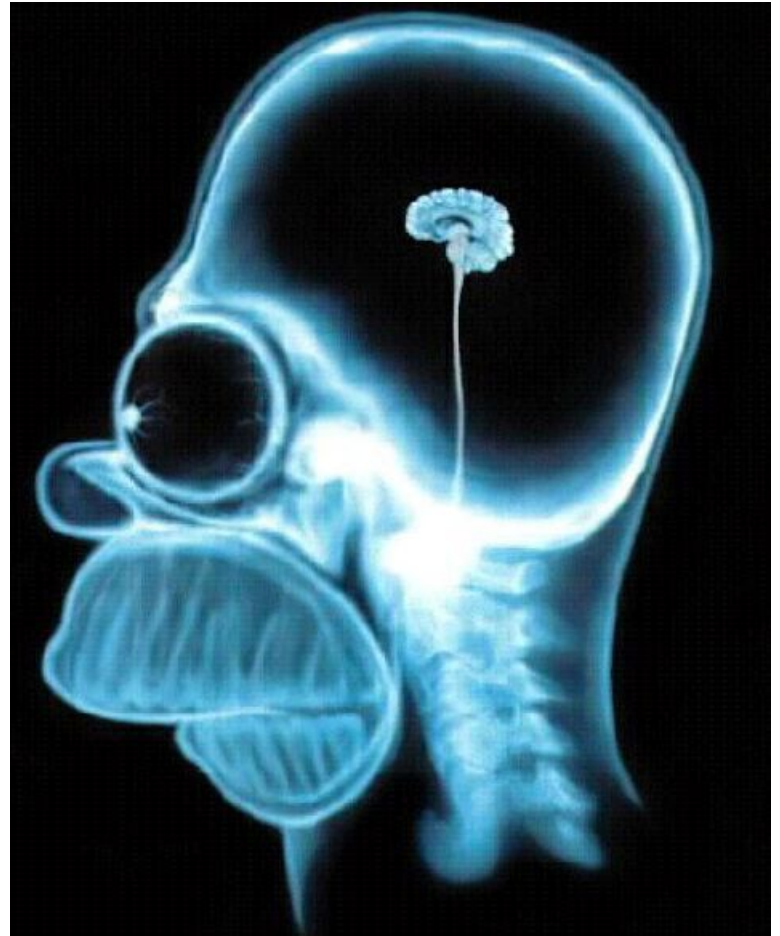
В более легких случаях глаголы переносятся в конец предложения. Например, при рассказе по серии сюжетных картинок «Случай на реке» был произнесен следующий текст: «Это мальчик... мальчик и вот речка и плот и мальчик как это... падать в воду и плот туда позвать далеко... И мальчик пионер ботинки снимать надо... зовет как это... помогите...».





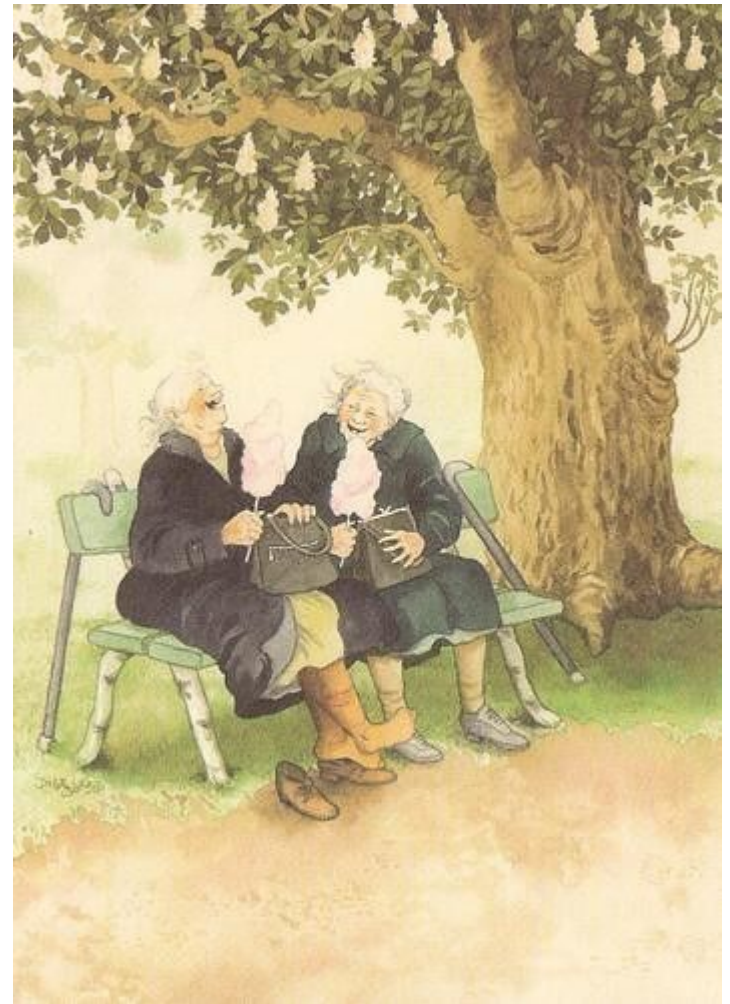
При третьем варианте эфферентной моторной афазии не наблюдается столь грубого аграмматизма, а выявляется крайняя инертность в выборе слов, в высказывании отмечаются длительные паузы, персеверации, вербальные парафразии, произнесение слов становится растянутым.

Длительные паузы, вызванные инертностью протекания речевых процессов, внешне напоминают амнестические трудности, характерные для семантической афазии, но в их основе лежит инертность выбора лексических средств. Нарушение регуляции выбора слов приводит и к вербальным парафразиям, которые обусловлены инертностью переключения при их извлечении из разных «семантических полей». Например, составив фразу: «Мальчик удит рыбу», страдающий афазией переходит к составлению фразы по другой сюжетной картинке и вместо фразы «Мальчик купается в реке», произносит: «Мальчик удится, ловится в речке» или вместо «Кузнец кует подкову» произносит «Кузнец кузнечит что-то».



- И наконец, среди различных вариантов эфферентной моторной афазии наблюдается такая, при которой речь нарушается лишь в звене плавной, мелодичной смены одного слога другим. Речь этих больных грамматически правильно оформлена, но из-за нарушений ритмико-мелодической стороны речи страдает выделение не только ударных слогов, но и интонационная окраска психологического предиката, т. е. того нового, о чем говорится в сообщении, на что падает логическое ударение. В отличие от афферентной моторной афазии звуковая структура слогов при эфферентной моторной афазии не упрощается, не разрушается, но теряет свою интонационную окрашенность, становится тягучей, монотонной. Литеральные парафразии не характерны для устной речи больных с эфферентной моторной афазией, но их много в письменной речи.

Реализация экспрессивной речи при эфферентной моторной афазии требует смены определенных артикуляционных движений, плавно следующих одно за другим. Это связано с денервацией предыдущей фонемы и возникновением последующей, а также и с удержанием определенной структуры звукового состава слова.



Артикуляция данного звука в структуре слова зависит от того, какой звук ему предшествует и, в особенности, какой звук следует за ним. Поэтому при нарушении кинетической системы расстраивается двигательная программа всего слова. Больной, легко произнося отдельные звуки, с трудом переключается от звука к звуку при слиянии их в единую двигательную мелодию слова или фразы.

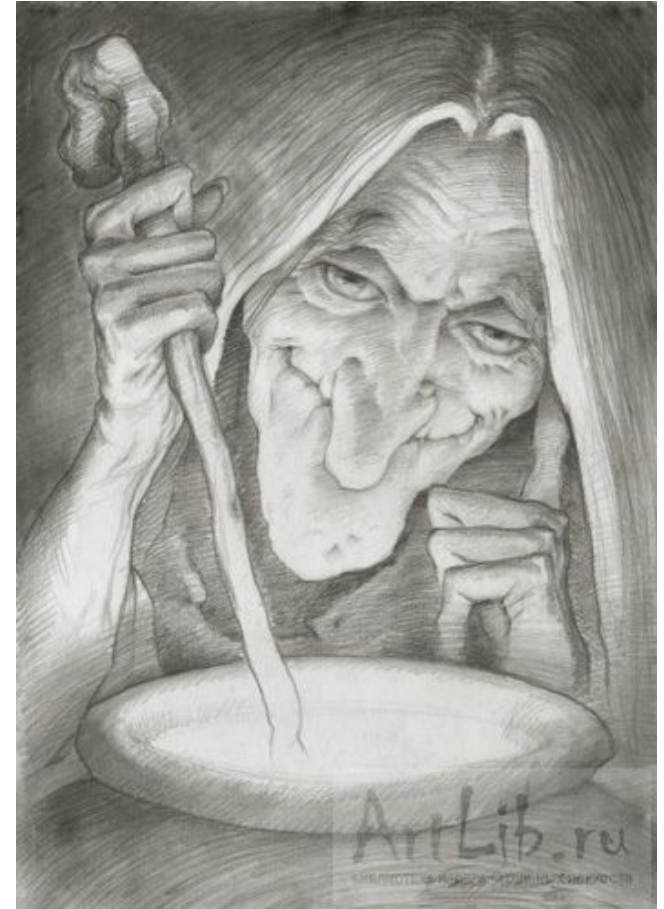


Речь теряет свою плавность, становится дезавтоматизированной, напряженной, прерывистой, слова произносятся в деформированном и искаженном виде. В речи больных наблюдаются явления патологической инертности с персеверацией звуков, слогов или отдельных слов. В более легких случаях выявляются специфические особенности: автоматическая речь затруднена, больной застывает на отдельных артикуляционных штампах и плохо переключаются на следующие.

Еще труднее для него повторение автоматизированных рядов в обратном порядке (артикуляционная трудность). Больной не может удержать и воспроизвести последовательность элементов, и каждое звено оказывается для него оторванным от общего порядка. Повторная речь затруднена по тем же причинам. При повторении фразы обычно опускаются глаголы, часто их ставит в неопределенной форме.



Особенно резко проявляется дефект в спонтанной речи. При этом страдает не только динамика, но и грамматическая структура речи. Выпадают глаголы, союзы: остаются только слова в именительном падеже, обозначающие вещественные предметы. Этот специфический для больных с эфферентной моторной афазией «телеграфный стиль» – вторичный симптом.



Самый тяжелый вариант: полностью отсутствует функция называния, могут наблюдаться контаминации, обусловленные переносом слога предыдущего слова. При подсказке первого слога слова происходит либо автоматизированное его заканчивание, либо соскальзывание на другое слово.





При другом варианте в общении нередко формируется выраженный экспрессивный аграмматизм (больные пропускают глаголы, с трудом употребляют предлоги, флексии существительных).



При третьем варианте эфферентной моторной афазии выявляется крайняя инертность в выборе слов, отмечаются длинные паузы в высказывании, персеверации, вербальные парафазии.



Среди других вариантов эфферентной моторной афазии выявляется такая форма, при которой речь нарушается лишь в звене своей ритмико-мелодической организации.

Нарушения чтения и письма при эфферентной моторной афазии

При эфферентной моторной афазии наблюдается выраженная аграфия: запись слова или фразы возможна лишь при проговаривании слов по слогам. В более тяжелых случаях при правильном повторении слова невозможна не только его запись, но и складывание из уже выбранных букв разрезной азбуки. Возникает безуспешная перестановка букв слова, даже очень короткого, с трудом находится нужный порядок букв. Нередко больные не могут найти нужную букву, правильно произнося весь звуковой состав слова.



тк му са ре му ва
АК МК КА КИ КИ КУ

ком вис шав дом
ЕАК КАК ШКО ДАК
В-ной Мад. Венчик лав. лавно вис зва. - 2 мес после рож.

нос зуб сон сон
НОС ЗОС ВОС СОС
В-ной Дум. Венчик переа. речевой зва. - 2 мес после рож.

ми чо су му пу ва
ММ ММ ММ ММ ММ ММ
В-ной Мадри. Венчик лав. лавно вис зва. - 2 мес после рож.

Письмо молча
сталь плоть (с зрел образ артикул)
СМ КРА ПЛМ
ПМ

Письмо с проговариван звука
сталь плоть
В-ной М. Фелокс Роме. зва. зва. Мотори. орозо.

Письмо молча
Око. Око. М.
Оне Оно.

Письмо с проговариван звука
Окни
В-ной М. Инженер Венчик лав. лавно зомы (лавица) Моторной орозо.

- В более легких случаях больные могут записать слово со слуха, пропуская гласные и согласные в стечениях согласных, переставляя буквы и слоги; например, слово комната записывается как «кмата», «комата», окно — как «нко», «онко», «коно», «нок» и т. п. Часты персеверации букв из предыдущих слов, персеверации одного и того же слога: машина — «машишина», молоко — «момолоко», «момко» и т. д.

На поздних этапах восстановления при самостоятельном составлении текста по серии картин выявляется аграмматизм, выражающийся в трудностях согласования слов в предложении. Смешиваются флексии как падежные, так и указывающие род. Аграмматизм письменной речи больных с эфферентной моторной афазией преодолевается с большим трудом.



Чтение пациента с эфферентной моторной афазией (по А.Р. Лурия)

Чтение букв. *без труда!*

Чтение слогов:

<u>PO</u>	<u>KO</u>	<u>CO</u>	<u>PRO</u>
p, o	k. no	c..to?	p, p, o
Вместе? рога	нет. к. о	с..т.. о?	Вместе? порога?

Чтение слов:

<u>ЛУК</u>	<u>СНЕГ</u>	<u>ОКНО</u>	<u>КАРАСЬ</u>
л, у, к	Отказ	- кино?	ка. р. а. с
Вместе? не знаю		окна?	Вместе? красны?

У МИТИ ШЕНОК
у мамы шука ..

- В наиболее грубых случаях чтение носит угадывающий характер, доступен показ того или иного написанного слова, подкладывание подписей к картинкам. Эти грубые нарушения чтения и письма обусловлены распадом способности программирования звуко-буквенного состава слова.

При «телеграфном стиле» могут быть сохранены чтение, запись существительного и коротких фраз под диктовку, а позже самостоятельная запись названий предметов, но недоступно самостоятельное, грамматически правильно оформленное письменное составление фраз. В более легких случаях возможно чтение отдельных слов и коротких предложений, но затруднено понимание прочитанного, особенно предложений со сложной синтаксической структурой. При нарушении лишь ритмико-мелодического компонента речи письменная речь и чтение остаются сохраненными.

При эфферентной моторной афазии наблюдается выраженная аграфия: запись слова или фразы возможна лишь при проговаривании слов по слогам. В более тяжелых случаях запись слова невозможна. Возникает безуспешная перестановка букв слова, с трудом находится нужный порядок букв. В более легких случаях больные могут записать слово со слуха, но пропускает буквы, переставляет слоги.





В наиболее грубых случаях чтение носит угадывающий характер, доступен показ написанного слова, подкладывание подписей к картинкам. При нарушении лишь ритмико-мелодической стороны речи письменная речь и чтение остаются сохранными.

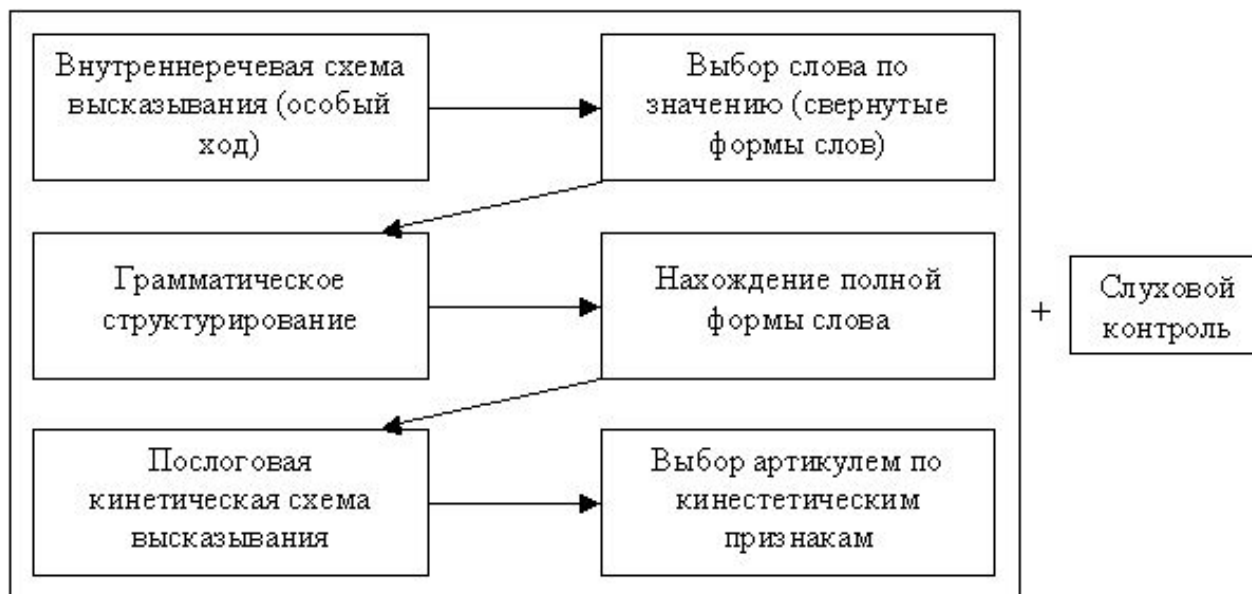
Сравнительная характеристика моторных форм афазии

Дифференциальный критерий	Моторная афферентная	Моторная эфферентная
Локализация поражения	Нижние отделы постцентральной коры левого полушария (нижняя часть корковых полей I, 2, 5, 7, частично 40).	Нижние отделы премоторной коры, области Брока, поле 44.
Неврологические симптомы	Афферентная моторная апраксия, главным проявлением которой является распад обобщённых артикуляционных поз звуков речи – артикулем.	Нарушения орального праксиса. Переключение с позы на позу, с артикулемы на артикулему затруднено, особенно в усложнённых условиях

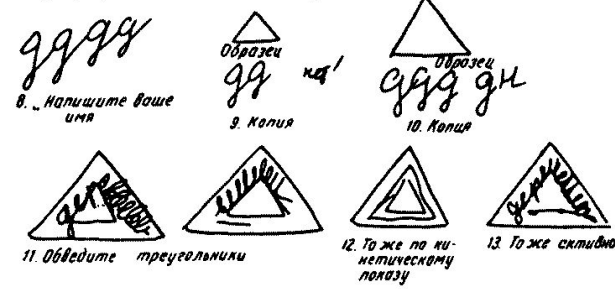
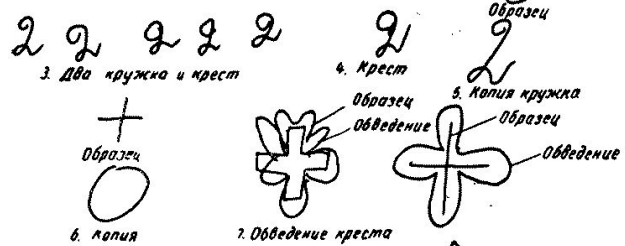
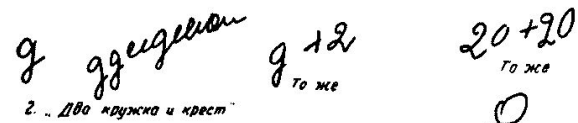
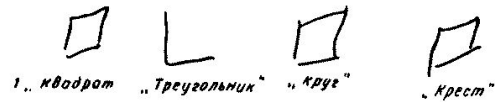
<p>Дефекты экспрессивно-речи</p>	<p>Нарушение речевых кинестезии приводит к существенному дефекту - нарушению произнесения отдельных звуков. Особенно затруднительны близко стоящие друг к другу по звучанию буквы - г, д, л, н (язычные) или ш, з, щ, х (щелевые). Называние первично не нарушено. Темп речи замедлен, интонация утрирована. Коммуникативная речь носит диалогический характер. Состояние фразовой речи зависит от степени грубости артикуляционного дефекта. При грубой – фразовая речь отсутствует, при лёгкой – доступны различные по структуре фразы. Словарный запас без ограничения. Речевая активность высокая.</p>	<p>Артикуляция отдельных звуков не нарушена. Нарушается кинетика речевого процесса, выражающаяся в затруднении переключения с одной речевой единицы (звук, слово) на другую. Нарушено произнесение фразы, серии звуков. Продуктивная речь может замениться застрявшим словом-эмболом. Телеграфный стиль речи. Повторная речь нарушена менее грубо, но в значительной степени нарушаются номинативная функция речи (называние). Диалогическая речь чаще всего доступна, однако в ней используются эхолалии, прямое повторение вопроса.</p>
<p>Дефекты импрессионной речи</p>	<p>Понимание ситуационно-бытовой речи сохранно. Трудности понимания обусловлены отсутствием полноценной опоры на проговаривание из-за расстройств артикуляции. Дифференциация фонем первично не нарушена, однако ошибки нередко присутствуют по той же причине.</p>	<p>Первичные расстройства понимания отсутствуют, но имеются трудности из-за инертности в области переключения слухового внимания. Характерно неполное понимание речевых конструкций, в которых грамматические элементы несут существенную смысловую нагрузку.</p>

<p>Дефекты чтения</p>	<p>Степень нарушения чтения и письма зависит от тяжести апраксии артикуляционного аппарата.</p> <p>При грубой афазии – преимущественно глобальное или «про себя». Вслух затрудняются прочитывать даже отдельные буквы. Однако часто правильно показывают их по названию.</p>	<p>Чтение слов и фраз практически отсутствует. Способности к прочитыванию отдельных букв остаётся, поскольку нет первичного распада связи <i>артикулема-графема</i>.</p>
<p>Дефекты письма</p>	<p>При грубых нарушениях сводится к умению написать имя и фамилию.</p> <p>При списывании – «рабское копирование».</p> <p>Звукобуквенный анализ нарушен.</p> <p>При негрубой степени доступно, однако имеются ошибки из-за распада связи <i>графема-артикулема</i>.</p> <p>Большое число пропусков, литеральных параграфий.</p>	<p>Выраженная аграфия: запись слова или фразы возможна лишь при проговаривании слов по слогам. В более тяжелых случаях при правильном повторении слова невозможна не только его запись, но и складывание из уже выбранных букв разрезной азбуки. Возникает безуспешная перестановка букв слова, даже очень короткого, с трудом находится нужный порядок букв.</p>

Сенсорная афазия



Б



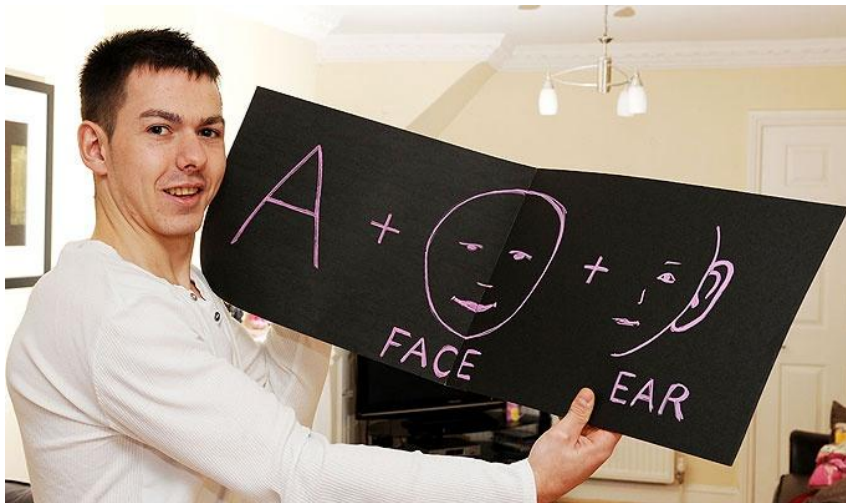
Обследование





Коррекция афазий





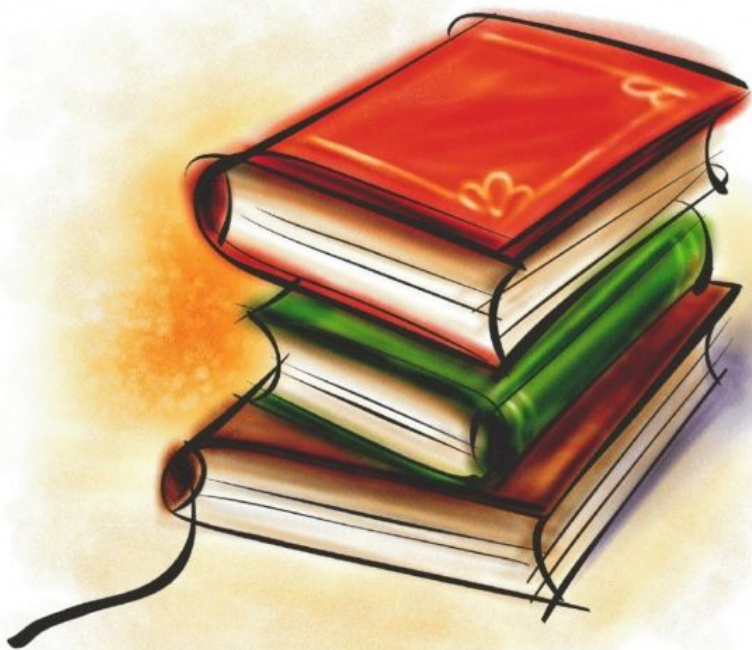
а) Я Ну как это?.. Вот....

б) Я → хочу → гулять

→ →

в) Я Не могу . . . не знаю.

Литература:



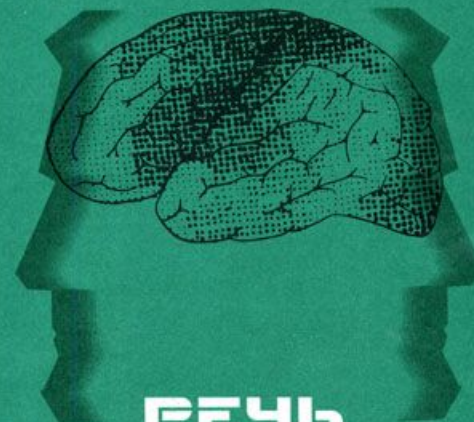
Т.В.Ахутина

аа

Нейролингвистический
анализ
динамической
афазии



М.К.Бурлакова



РЕЧЬ
И
АФАЗИЯ

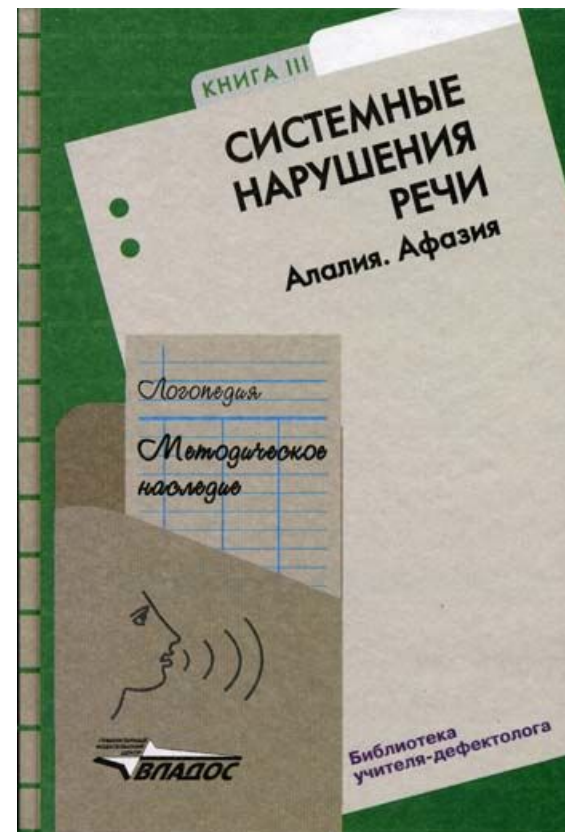
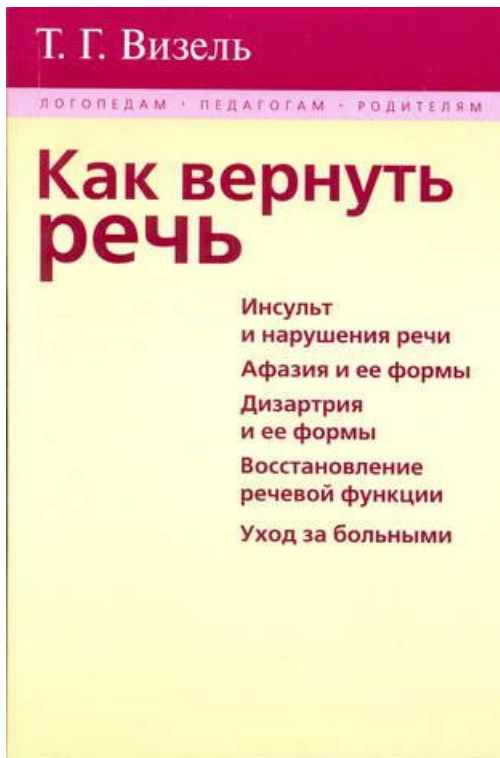
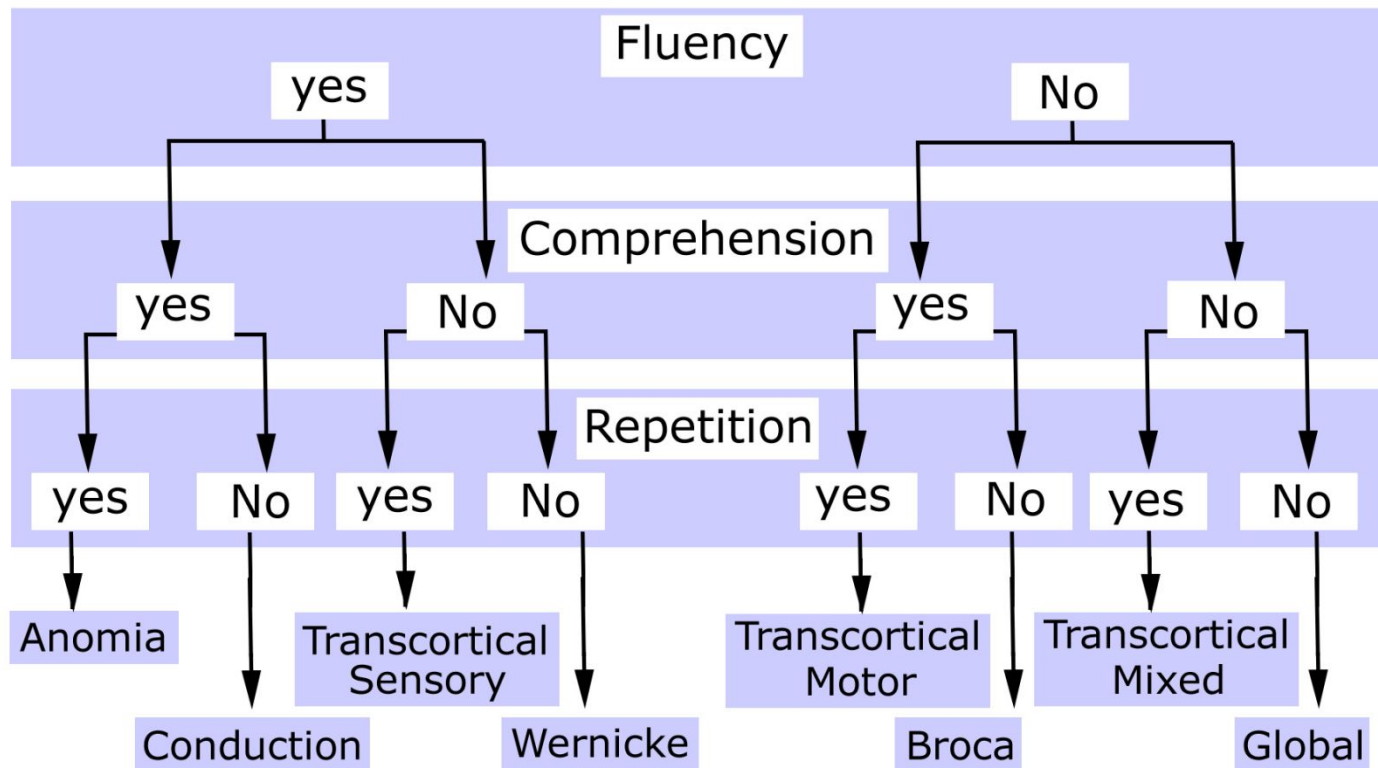









Table 8.1 Basic Characteristics of the Major Aphasic Syndromes

Type of aphasia	Spontaneous speech	Paraphasia	Comprehension	Repetition	Naming
Broca's	Nonfluent	Uncommon	Good	Poor	Poor
Wernicke's	Fluent	Common (verbal)	Poor	Poor	Poor
Conduction	Fluent	Common (literal)	Good	Poor	Poor
Transcortical motor	Nonfluent	Uncommon	Good	Good (echolalia)	Poor
Transcortical sensory	Fluent	Common	Poor	Good (echolalia)	Poor
Global	Nonfluent	Variable	Poor	Poor	Poor

Classification of the Aphasias



Симптомы афазии в речи

	Тип афазии	Спонтанная речь	Парафазия	Понимание
	Афазия Брока	Небеглая	Редкая	Хорошее
	Афазия Вернике	Беглая	Частая	Плохое
	Афазия проводимости	Беглая	Частая	Хорошее
	Общая афазия	Небеглая	Изменчивая	Плохое
	Подкорковая афазия	Беглая или небеглая	Частая	Изменчивое

APHASIA...

... is a condition which effects communication. It is a condition caused mainly by strokes or those who suffer severe head injuries. This condition inhibits the communication ability to varying degrees.

Imagine one day you couldn't understand the most basic instructions or even the simplest signs or symbols. Or you could find it difficult to find the words you want to use to express your thoughts or feelings.

It could happen to anyone of us, at any time. Tomorrow it could be YOU!

FOR MORE INFORMATION :

www.aphasia.org

Identifying types of aphasia

TYPE	LOCATION OF LESION	SIGNS AND SYMPTOMS
<i>Anomic aphasia</i>	Temporal-parietal area; may extend to angular gyrus, but sometimes poorly localized	The patient's understanding of written and spoken language is relatively unimpaired. His speech, although fluent, lacks meaningful content. Word-finding difficulty and circumlocution are characteristic. Rarely, the patient also displays paraphasias.
<i>Broca's aphasia (expressive aphasia)</i>	Broca's area; usually in third frontal convolution of the left hemisphere	The patient's understanding of written and spoken language is relatively spared, but speech is nonfluent, evidencing word-finding difficulty, jargon, paraphasias, limited vocabulary, and simple sentence construction. He can't repeat words and phrases. If Wernicke's area is intact, he recognizes speech errors and shows frustration. He's commonly hemiparetic.
<i>Global aphasia</i>	Broca's and Wernicke's areas	The patient has profoundly impaired receptive and expressive ability. He can't repeat words or phrases and can't follow directions. His occasional speech is marked by paraphasias or jargon.
<i>Wernicke's aphasia (receptive aphasia)</i>	Wernicke's area; usually in posterior or superior temporal lobe	The patient has difficulty understanding written and spoken language. He can't repeat words or phrases and can't follow directions. His speech is fluent, but may be rapid and rambling, with paraphasias. He has difficulty naming objects (anomia) and is unaware of speech errors.