

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра нервных болезней и медицинской реабилитации с курсом ПО

Реферат на тему:

«Классификация Афазий»

Работу выполнил
ординатор 1-го года

Шеркузиев Эльмурот Кобилович

В результате локальных поражений мозга возникают тяжелые расстройства речи. Наиболее распространенными из них являются афазии. При афазиях проявляются системные нарушения речевой функции, охватывающие все языковые уровни фонологии, включая фонетику, лексику и грамматику. Клинические картины афазий неоднородны. Различия между ними обусловлены прежде всего локализацией очага поражения. Существуют так называемые речевые зоны мозга: задние отделы нижней лобной извилины, височные извилины, нижняя теменная область, а также зона, расположенная на стыке теменной, височной и затылочной областей левого доминантного полушария головного мозга.

Наиболее распространенной среди них является классификация АР. Лурия. Согласно этой классификации существуют следующие формы афазий:

1. Моторная афазия афферентного типа.
2. Моторная афазия эфферентного типа.
3. Динамическая афазия.
4. Сенсорная (акустико-гностическая) афазия.
5. Акустико-мнестическая афазия.
6. Семантическая афазия.

Афферентная моторная афазия обусловлена поражением нижних отделов постцентральной зоны мозга. Центральным расстройством является нарушение кинестетической афферентации произвольных оральных движений. Больные теряют способность совершать по заданию те или иные движения языком, губами и другими органами артикуляции. Непроизвольно эти движения могут быть легко выполнены ими, поскольку не имеется парезов, ограничивающих объем оральных движений. Это носит название оральной апраксии. Оральная апраксия лежит в основе артикуляционной апраксии, имеющей непосредственное отношение к произнесению звуков речи. Она проявляется в распаде отдельных артикуляционных поз или, иначе, артикулем. В устной речи больных в зависимости от степени грубости апраксии это проявляется в:

- 1) отсутствии артикулированной речи;
- 2) искаженном воспроизведении поз; 3) поисках артикуляции.

Эфферентная моторная афазия обусловлена поражением нижних отделов премоторной зоны. В норме она обеспечивает плавную смену одного орального или артикуляционного акта другим, что необходимо для слияния артикуляций в сукцессивно последовательно организованные ряды— «кинетические двигательные мелодии» (по терминологии АР. Лурия).

При очаговых поражениях премоторной зоны возникает патологическая инертность артикуляторных актов, появляются персеверации, препятствующие свободному переключению с одной артикуляционной позы на другую. В результате речь больных становится разорванной, сопровождается застреванием на отдельных фрагментах высказывания. Эти дефекты произносительной стороны речи вызывают системные расстройства и других сторон речевой функции: чтения, письма, а частично и понимания речи. Таким образом, в отличие от афферентной моторной афазии, где артикуляционная апраксия относится к единичным позам, при

эфферентной она относится к их сериям. Больные относительно легко произносят отдельные звуки, но испытывают существенные затруднения при произнесении слов и фраз.

При динамической афазии имеет место поражение мозга в зад-необных отделах левого полушария, расположенных впереди от «зоны Брока». Речевой дефект проявляется здесь главным образом в речевой спонтанности и инактивности. В настоящее время выделены два варианта динамической афазии (Т.В.Ахутина). Вариант I характеризуется преимущественным нарушением функции речевого программирования, в связи с чем больные пользуются в основном готовыми речевыми штампами, не требующими специальной «деятельности программирования». Их речь отличается бедностью, односложностью ответов в диалоге. При варианте II преобладают нарушения функции грамматического структурирования: в речи больных данной группы выражен экспрессивный аграмматизм, который проявляется в виде ошибок «согласования», а также явлений «телеграфного стиля». Произносительные трудности в обоих вариантах незначимы.

Сенсорная (акустико-гностическая) афазия возникает при поражении верхневисочных отделов так называемой зоны Вернике.

В качестве первичного дефекта рассматривается речевая слуховая агнозия, лежащая в основе нарушений фонетического слуха. Больные теряют способность дифференцировать фонемы, т.е. выделять признаки звуков речи, несущих в языке смысло-различительные функции. Расстройства фонематического слуха, в свою очередь, обуславливают грубые нарушения импрессивной речи — понимания. Появляется феномен «отчуждения смысла слова», который характеризуется «расслоением» звуковой оболочки слова и обозначаемого им предмета. Звуки речи теряют для больного свое константное (стабильное) звучание и каждый раз воспринимаются искаженно, смешиваются между собой по тем или иным параметрам. В результате этой звуковой лабильности в экспрессивной речи больных появляются характерные дефекты: логорея (обилие речевой продукции) как результат «погони за ускользающим звуком», замены одних слов другими, одних звуков другими — вербальные и литеральные парафазии.

Акустико-мнестическая афазия обусловлена очагом поражения, расположенным в средних и задних отделах височной области. В отличие от акустико-гностической (сенсорной) афазии, акустический дефект проявляется здесь не в сфере фонематического анализа, а в сфере слуховой мнестической деятельности. Больные теряют способность к удержанию в памяти воспринятой на слух информации, проявляя тем самым слабость акустических следов. Наряду с этим у них обнаруживается сужение объема запоминания. Эти дефекты приводят к определенным трудностям понимания развернутых текстов, требующих участия слухо-речевой памяти. В собственной речи больных с этой формой афазии основным симптомом афазии является словарный дефицит, связанный как с вторичным обеднением ассоциативных связей слова с другими словами данного семантического куста, так и с недостаточностью зрительных представлений о предмете.

Семантическая афазия возникает при поражении темЕНО-ЗаТЫЛОЧНЫХ областей левого доминантного полушария. Основным проявлением речевой патологии при этом виде афазии является им-прессивный аграмматизм, т.е. неспособность понимать сложные логикограмматические обороты речи. Этот дефект является, как правило, одним из видов более общего расстройства пространственного гнозиса, а именно, способности к симультанному синтезу. Поскольку во фразовой речи основными «детальями», связывающими слова в единое целое (логико-грамматическую конструкцию), служат грамматические элементы слов, основную трудность для больных представляет выделение этих элементов из текста и понимание их

смысловой роли, особенно пространственной (пространственные предлоги, наречия и т.д.). При этом способность к улавливанию формально-грамматических искажений (ошибок «согласования») остается у этих больных сохранной.

Восстановление речевой функции при афазии носит поэтапный характер. Естественно, что на ранних стадиях заболевания, независимо от конкретной формы афазии, ставится задача включения главным образом произвольных, автоматизированных уровней речевой деятельности. В этот период наиболее эффективным оказывается использование автоматизированных речевых рядов, «оре-чевление» эмоционально значимых ситуаций, «оживление» речевых стереотипов, хорошо упроченных в прежней речевой практике.

Работа с больными, находящимися в острой стадии заболевания, должна быть строго дозирована в зависимости от особенностей общего состояния больного, носить щадящий, психотерапевтический характер. Кроме того, ставятся специальные задачи налаживания контакта с больным, вовлечения его в целенаправленную деятельность. Как правило, для этого используется метод беседы на различные близкие больному темы, а также методы, состоящие в подключении «неречевых» видов деятельности: простейшего конструирования, срисовывания, лепки из пластилина и т.д.

На последующих этапах заболевания восстановительное обучение проводится с расчетом на все более активное, сознательное вовлечение больного в восстановительный процесс. Для этого применяются перестраивающие методики. Их использование невозможно без перевода работы на произвольный, осознанный уровень. Это не значит, что необходим полный отказ от опоры на речевые автоматизмы, однако основной акцент делается на сознательное усвоение тех или иных приемов компенсации дефекта.

Восстановление речевой функции при любой из форм афазии требует системного подхода, т.е. подразумевает нормализацию всех нарушенных языковых уровней. Однако при каждой из афазических форм имеются и специфические задачи, связанные с преодолением первичного речевого дефекта.

Афферентная моторная афазия: восстановление артикуляционных схем отдельных звуков и, следовательно, устранение литеральных парафазии, возникающих на основе смешения близких по артикуляции звуков речи.

Эфферентная моторная афазия: восстановление способности к совершению серийных артикуляционных актов. Такая задача требует выработки переключения с одной артикулемы на другую, с одного фрагмента слова на другой. Это в свою очередь тесно связано с задачей восстановления кинетических двигательных мелодий слова и фразы, а также внутренней линейной синтаксической схемы фразы.

Сенсорная афазия: восстановление фонематического слуха, т.е. способность к дифференциации на слух близких по звучанию фонем, а на этой основе пониманию речи в целом.

Динамическая афазия: 1-ый вариант — восстановление функции речевого программирования; Иной вариант — преодоление расстройств грамматического структурирования.

Акустико-мнестическая афазия: расширение слухо-речевой памяти, а также преодоление слабости следов воспринимаемой речи, Семантическая афазия: устранение импрессивного аграмматизма,

т.е. восстановление способности к восприятию сложных логико-грамматических оборотов речи.

Работа по преодолению вторичных расстройств понимания речи, накоплению активного словаря, нормализации грамматической стороны речи, чтения, письма показана при всех формах афазии, поскольку в той или иной мере эти стороны речи страдают при каждой из них. Объем этой работы определяется степенью выраженности того или иного дефекта, его удельным весом в общей клинической картине данного случая афазии.

Список литературы 1. Астапов В.М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии.

— М..

Международная педагогическая академия, 1994.

2. Лапшин В.А., Пузанов Б.П. Основы дефектологии. - М.: Изд-во «Просвещение», 1990.

3. Репина Н. В., Воронцов Д. А., Юматова, «Основы клинической психологии» Учебник , 2003 г.

4. Левченко ИЮ. Патопсихология: теория и практика. - М.: Международная педагогическая академия, 2000.