

РЕЦЕНЗИЯ на работу Наливайко В.Е.

Речь представляет собой сложную функциональную систему, опирающуюся на совместную деятельность вторичных и третичных зон мозга, в основном второго и третьего функциональных блоков левого полушария. Каждый из этих отделов обеспечивает ту или иную сторону речевого процесса (планирование высказывания, его семантическую и кинестетическую, артикуляторную реализацию, акустический анализ воспринимаемой на слух речи, оптический анализ печатного текста и т. д.). При поражении этих речевых зон происходит нарушение первичной нейропсихологической предпосылки, отражающей специфическую деятельность соответствующего анализатора. На основе первичного анализаторного нарушения возникает вторичный, также специфический распад функциональной системы речи, т. е. нарушение всех видов речевой деятельности: понимания, экспрессивной устной и письменной речи, счета и т. д. Характер и степень их нарушения зависят, прежде всего, не от величины очага поражения в коре головного мозга, а от нарушения гностической (кинестетической, акустической или оптической) предпосылки, которые по-разному вносят свой вклад в реализацию различных речевых процессов; понимание речи, сама устная речь, чтение и особенно письмо более грубо страдают при поражении вторичных зон, осуществляющих анализ звукового состава слова.

Таким образом, афазия относится к числу тяжелых нарушений речи органического центрального происхождения. Чаще она возникает у людей пожилого возраста на почве нарушений мозгового кровообращения.

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

Реферат на тему «Афазия»

Выполнила: Наливайко Вероника Евгеньевна,
ординатор 1 - го года
по специальности неврология

Абакан, 2018г

1. Понятие афазия

Процесс речи зарождается на разных уровнях нервной системы (кора, подкорковые образования, проводящие пути, ядра черепно-мозговых нервов) и органов артикуляции. Признаки развития речи у ребенка появляются во второй половине первого года жизни. Речь развивается как самостоятельная функциональная система на базе условно-рефлекторной деятельности. Для этого необходим определенный уровень созревания корковых структур и воздействие окружающей среды, т.е. зрительные, слуховые и тактильные раздражения, важно, чтобы эти раздражители совпадали по времени. Единовременное сочетание раздражителей, приходящих в кору головного мозга формирует связи между долями мозга. Благодаря этим связям в последующем развивается восприятие и воспроизведение речи. Для ребенка очень важно общение со взрослыми, развитие руки как органа труда и общая двигательная активность. Все движения артикуляторных органов, верхних и нижних конечностей фиксируются в теменной доле мозга и определяются как заученные движения – праксис.

Между слуховым и зрительным отделом образуются внутренние связи, они являются своего рода базой для формирования пассивного словаря, т.е. оречевления окружающих предметов.

Лобный конус, имеющийся только у человека, выполняет речевую и психическую функции. Он получает информацию со всех областей коры. Соединяясь с речевыми отделами коры, он делает речь осмысленной, мышление речевым, абстрагированным. В этой области коры создается программа речевого высказывания (внутренняя речь), программы волевой деятельности, планирования поведения.

Речь – как проявление высшей нервной деятельности, носит рефлекторный характер, в котором участвуют многие уровни нервной системы. Главным отделом, где происходит формирование речи, является кора головного мозга, здесь каждый из отделов выполняет свою функцию. В слуховую область коры (это височная доля), поступают звуковые

раздражения. Большое значение имеет левая височная доля – центр Вернике. Здесь звуки анализируются, происходит сложный процесс понимания чужой речи. Двигательная область коры (нижние лобные извилины) участвует в формировании продуктивной речи (лексика и лексико-грамматические структуры). Теменная доля мозга анализирует и фиксирует все раздражения от артикуляторных органов. Зрительная область (затылочная доля) обеспечивает восприятие зрительных раздражений. Связи между зрительными и двигательными отделами коры называются оптико-моторными, а между слуховыми и двигательными – акустико-моторными. От моторной области, находящейся с передней извилины коры головного мозга, начинается пирамидный путь (путь произвольных движений). Пирамидный путь условно подразделяется на корково-бульбарный и корково-спинальный, заканчивающийся в ядрах черепно-мозговых нервов и в спинном мозге. От ядер черепно-мозговых нервов и спинного мозга отходят периферические нервы к мышцам скелетной и артикуляционной мускулатуры. Кора головного мозга связана с подкорковыми образованиями в единую функциональную систему.

Импульс к речи подается из коры головного мозга, а реализуется на периферии. В его осуществлении принимают участие органы дыхания, голосообразования и артикуляции, тесно связанные между собой.

Первой точкой приложения импульса, являющегося сигналом к началу говорения, является дыхательная система. В выдохе участвуют диафрагма и межреберные мышцы, которые регулируются импульсом, обеспечивающим плавный и протяжный выдох, необходимый для произнесения слова и словосочетания, целой фразы. Эта область называется энергетической, так как сила выдыхаемой струи воздуха обеспечивает голосообразование.

Вторая точка приложения нервного импульса – голосовые связки, от них зависят закрытие голосовой щели, модуляция голоса, образование подсвязочного давления, обеспечивающих образование голоса.

Третья точка приложения нервного импульса – ротовая полость и надставная труба. В ротовой полости благодаря движению языка, губ и мягкого неба образуются щели и затворы, дифференцируются звуки речи – это необходимо для четкого их произношения. В резонаторную систему включается вся надставная труба – ротовая полость, глотка, придаточные пазухи и полость носа, которые усиливают голос, придавая ему индивидуальную окраску.

К органам артикуляции подходят также волокна экстрапирамидального пути, несущие импульсы от подкорковых образований, обеспечивающие темп, ритм, плавность и эмоциональную окраску речи. Плавно модулируя и меняя объем на каждом речевом звуке, надставная труба обеспечивает тембр, силу и полетность голоса.

Под влиянием двух потоков обратной связи – слуховой и кенестетической – в коре головного мозга складывается память на правильное произнесение определенных слогов данного языка (речедвигательный словарь).

При поражении различных отделов нервной системы, участвующих в формировании речевого акта, возникают разные формы патологии речи.

Одной из форм распада сформированной речи, возникающей вследствие поражения головного мозга является афазия.

Синдром афазии впервые описал французский врач хирург и анатом П.Брока (1860г.) У больного, который страдал распадом речи, посмертно была обнаружена опухоль мозга в области задней трети нижней лобной извилины левого полушария. Брока связал распад сформированной речи с локализацией опухоли в коре головного мозга. В последствии эту область коры головного мозга стали называть зоной Брока. Через 14 лет врач-невропатолог К.Вернике (1874г.) описал больного у которого при жизни возникло непонимание речи окружающих, а посмертно было выявлено поражение верхневисочной области левого полушария. Таким образом выделились две формы патологии речи: моторная, связанная с поражением

лобной области, и сенсорная, связанная с поражением височной области коры доминантного полушария.

В последующем было описано большое количество случаев афатических расстройств с различной локализацией процесса. Была создана классификация расстройств Вернике-Лихтейма, просуществовавшая до середины XX века. За прошедшие годы накопилось большое количество новых наблюдений, подтвержденных клиническими, нейропсихологическими, анатомо-физиологическими данными, секционным материалом, которые позволили уточнить и сопоставить клинические и анатомические данные и создать новую классификацию афатических расстройств.

Причины афатических расстройств различны и могут быть связаны с опухолью мозга, сосудистыми нарушениями (спазмы кровеносных сосудов, кровоизлияния, тромбы), травмами черепа, воспалительными процессами (энцефалиты) и др.

В зависимости от преимущественной локализации процесса выделяют экспрессивные (моторные) и импрессивные (сенсорные) формы, в структуре которых возможны различные проявления.

2. Экспрессивная афазия

Выделяют динамическую (первую и вторую), эфферентную и афферентную экспрессивную афазиию.

Синдром динамической афазии развивается при поражении лобной коры, расположенной впереди от «зоны Брока». Сила выраженности может быть различна – от легких, еле заметных форм до резко выраженных нарушений.

Первая форма динамической афазии характеризуется тем, что у больного затруднения в составлении плана целого высказывания, он не может рассказать прочитанное или увиденное. При этом больные не теряют свой словарный запас и понимают речь: они отвечают на вопросы правильно построенными фразами. Параллельно с речевыми расстройствами

наблюдаются изменения поведения – больные не знают, что им нужно делать, совершают асоциальные поступки, у них наблюдается легкая смена настроения – от эйфории к депрессии. При хроническом течении болезни нарастают речевые и психические расстройства. Такая форма речевого расстройства характеризуется нарушением построения внутренне-речевой схемы высказывания.

Во второй форме динамической афазии проявляются расстройства в виде распада грамматических структур. Больным становится все сложнее и сложнее составить фразу, они теряют знакомые слова, из их речи исчезают дополнения, предлоги. Для таких больных затруднительно образование родственных слов и окончаний существительных, спряжений глаголов.

Эфферентная моторная афазия. В этом случае поражается задняя треть нижней лобной извилины доминантного полушария, что соответствует классической «зоне Брока». У больных проявляются лексико-грамматические расстройства, происходит грамматических структур и ограничение словаря. Появляется несогласованность слов в предложении, отсутствует окончание слов. Из речи больных уходят служебные слова и остаются существительные в именительном падеже и глаголы в неопределенной форме. Речь таких больных приобретает форму «телеграфного стиля». При такой форме афазии происходит нарушение кинетической организации тонких двигательных актов вообще и речевых актов в частности. Общая и речевая моторика заторможена, больные с большим трудом поддерживают контакт с окружающими. Когда симптомы нарастают у больных наблюдается распад структуры слова (лексико-грамматические расстройства). Больные повторяют изолированные звуки или слоги, не могут произнести серийно организованный комплекс звуков, составляющих слово. Афферентная моторная афазия. Поражаются нижние отделы задней центральной извилины левого полушария и нижние отделы теменной области.

В теменной области происходит анализ всех кинестетических раздражений, лежащих в основе двигательного акта. Нарушение речевых

кинестезий приводит к утрате тонких двигательных дифференцировок, необходимых для точного осуществления артикуляторной программы. У больных расстраивается автоматизированный процесс нахождения необходимых артикулем для произнесения того или другого звука.

Учитывая постоянный слуховой контроль за произнесением звука или слова, больные начинают искать правильную артикуляцию, у них начинается повтор слоговых или литературных элементов. Когда затрудняется произвольное повторение отдельных звуков – это говорит о нарушении не самих программ, а их исполнении. Из-за недостаточности кинестетического анализа и синтеза появляются трудности нахождения точных артикуляций. Это показывает, что в процессе реализации речи большое значение приобретает звено выбора звуков (артикулем) по кинестетическим признакам.

Эфферентная и афферентная афазии имеют различную локализацию и клиническую характеристику, но тесно связаны между собой в единстве речевого потока.

3. Импрессивная афазия

Среди форм импрессивной афазии выделяют семантическую, акустико-мнестическую и сенсорную.

Семантическая афазия возникает при поражении теменно-височно-затылочной области левого полушария. Нарушение речи проявляются в трудностях нахождения слов и в дефектах понимания логико-грамматических отношений. Больной не может вовремя найти нужное слово, не в состоянии выразить в словах свою мысль, испытывает мучительные трудности, пытаясь понять сложные грамматические отношения, не может считать. У больных затруднен выбор слов по значению, отмечаются выраженные пространственные (конструктивный праксис) нарушения (в слове, в деятельности, в рисунке) – это указывает на локализацию процесса в области третичных зон перекрытия теменной, височной и затылочной областей коры доминантного полушария.

Акустико-мнестическая афазия возникает при поражении средних отделов наружной поверхности височной области левого полушария. Характерным признаком этого нарушения является слабость слухо-речевых следов, из-за этого больные не могут удержать в памяти длинную фразу или ряд слов, испытывают затруднения в нахождении нужных слов, особенно при назывании предметов и явлений. При дифференциальной диагностике семантической и акустико-мнестической афазии особенности затруднений в назывании слов можно выявить с помощью подсказки. При семантической афазии больной использует помощь и вспоминает нужное слово, в то время как больной с акустико-мнестическими расстройствами (височная область) не может использовать подсказку для вспоминания слова, больной может потерять значение слова, т.е. происходит «отчуждение» смысла слова. Таким образом, для данной формы афазии является нарушение выбора слова на основе звуковых следов.

Сенсорная афазия возникает при поражении задней трети верхневисочной извилины и проявляется в распаде фонематического слуха, т.е. непонимание речи окружающих, отчуждение смысла слова. В легких случаях больные недостаточно дифференцируют отдельные оппозиционные звуки, в тяжелых случаях понимание речи недоступно. Больные слышат речь как шум, но звуки теряют свое сигнальное значение. Экспрессивная речь больных страдает вторично из-за потери контроля, становится неразборчивой и превращается в «словесный салат». Некоторые хорошо усвоенные слова больные произносят правильно самостоятельно. Таким образом в данной форме расстройств является нарушение слухового контроля за выбором слов и звуков. Порождение речи начинается с внутренней динамической схемы высказывания, основного замысла внутренней речи. Этот замысел проявляется во внутреннем планировании высказывания, принятия действия, волевого импульса. Для перехода во внешнюю речь необходимо грамматическое структурирование предложения с достаточным запасом правильно произнесенных слов, в которых выделяется и послоговая схема

высказывания, и звукопроизношение. Вся речь происходит под контролем слуха, который обеспечивает точную формулировку сказанного.

Все формы афатических расстройств проявляются в особенностях нарушения речи и соответствуют определенной локализации поражения. Данные речевые расстройства чаще возникают у лиц пожилого возраста в результате тяжелых мозговых заболеваний (инсульт, опухоли) либо травм мозга. У детей афазию диагностируют в тех случаях, когда органическое повреждение мозга произошло после овладения ребенком речью. В этих случаях афазия приводит не только к нарушению дальнейшего ее развития, но и к распаду сформированной речи. Афазия часто приводит к глубокой инвалидизации. Возможности компенсации речевых и психических нарушений у детей и взрослых резко ограничены. Взрослые с афазией, как правило, теряют профессию, с трудом адаптируются в быту. Непонимание речи окружающих и невозможность выразить свои желания вызывают нарушения поведения: агрессию, конфликтность, раздражительность.

Помощь при афазии сочетается с целым комплексом реабилитационных воздействий.