

Научная статья
УДК 616.89-008.434:616.714.1-001
EDN: TWXCQS
DOI: 10.35231/18186653_2024_2_63



Речевые нарушения у взрослых при черепно-мозговой травме

И. В. Литвиненко^{1,2} С. М. Лосева²

¹ Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

² Ленинградский государственный университет имени А. С. Пушкина,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Введение. В настоящее время отмечается увеличение количества взрослых, нуждающихся в логопедической помощи из-за участвовавших случаев утраты речевых навыков вследствие различных причин, в том числе черепно-мозговой травмы (ЧМТ). Речевые расстройства у пациентов с ЧМТ представлены афазиями, дизартриями, речевым мутизмом, дисфониями, реже заиканием. Наличие речевого дефекта после перенесенной черепно-мозговой травмы, снижает коммуникативные возможности больных, повседневную жизненную активность, способствует их социальной изоляции.

Материалы и методы. В ходе исследования были использованы методы теоретического анализа научных источников медико-психолого-педагогического характера, ориентированные на изучения современного состояния реабилитации лиц с речевой патологией среди взрослого населения.

Результаты. На современном этапе развития дефектологии и, в частности логопедии, в системе здравоохранения проводится интенсивная работа по улучшению логопедической помощи взрослым с речевой патологией. В остром периоде после стабилизации жизненно-важных функций больной начинает оценивать свое состояние: трудности речевого общения, ограничение самостоятельного передвижения, социально-бытовую некомпетентность, ставится под сомнение возможность возвращения к труду. Все это приводит к появлению депрессии, к целому ряду других психических расстройств, которые и являются причиной социальной депривации. Помощь, которую оказывает логопед на самых ранних этапах заболевания больному с речевой патологией, является важным звеном к успешному ведению пациента на дальнейших этапах реабилитации, достижению им максимального уровня функционирования, социального участия и тем самым улучшения качества его жизни.

Обсуждение и выводы. Реабилитация взрослых пациентов с ЧМТ является мультидисциплинарной проблемой, которая находится на стыке наук: неврологии, психологии, дефектологии, коррекционной педагогики и в настоящее время является одной из наиболее значимых в современном здравоохранении. Очаговые и диффузные поражения головного мозга у взрослых в результате черепно-мозговых травм нередко сопровождаются глубокими и стойкими нарушениями высших психических функций, в том числе речи. В настоящее время продолжают исследования в области нарушений речи у взрослых при ЧМТ с целью решения как теоретических, так и практических проблем организации диагностики для установления характера речевого дефицита, выбора логопедической тактики и дальнейшей реабилитационной программы.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, афазия, дизартрия, дисфония, заикание, логопедическое обследование, восстановительное обучение.

Для цитирования: Литвиненко И. В., Лосева С. М. Речевые нарушения у взрослых при черепно-мозговой травме // Вестник Ленинградского государственного университета имени А. С. Пушкина. – 2024. – № 2. – С. 63–78. DOI: 10.35231/18186653_2024_2_63. EDN: TWXCQS

Original article
UDC 616.89-008.434:616.714.1-001
EDN: TWXCQS
DOI: 10.35231/18186653_2024_2_63

Speech Disorders in Adults With Brain Injury

Igor V. Litvinenko^{1,2}, Snezhana M. Loseva²

¹ S. M. Kirov Military Medical Academy,
Saint Petersburg, Russian Federation

² Pushkin Leningrad State University,
Saint Petersburg, Russian Federation

Introduction. Currently, there is an increase in the number of adults in need of speech therapy due to the increased incidence of loss of speech skills due to various causes, including traumatic brain injury. Speech disorders in patients with traumatic brain injury are represented by aphasia, dysarthria, speech mutism, dysphonia, and, less frequently, stuttering. The presence of a speech defect after a craniocerebral trauma reduces patients' communicative abilities, daily life activity, and contributes to their social isolation.

Materials and methods. In the course of the study the methods of theoretical analysis of scientific sources of medical-psychological-pedagogical character were used, oriented on studying the current state of rehabilitation of persons with speech pathology among the adult population. Results.

Results. At the present stage of development of defectology and, in particular, speech therapy, intensive work is carried out in the health care system to improve speech therapy for adults with speech pathology. In the acute period after stabilisation of vital functions the patient begins to evaluate his condition: difficulties in speech communication, limitation of independent movement, social and domestic incompetence, the possibility of returning to work is questioned. All this leads to depression, to a number of other mental disorders, which are the cause of social deprivation. The assistance provided by a speech therapist at the earliest stages of the disease to a patient with speech pathology is an important link to the successful management of the patient at further stages of rehabilitation, to achieve the maximum level of functioning, social participation and thus improve the quality of life.

Discussion and Conclusion. Rehabilitation of adult patients with traumatic brain injury is a multidisciplinary problem, which is located at the junction of sciences: neurology, psychology, defectology, correctional pedagogy and is currently one of the most significant in modern healthcare. Focal and diffuse brain lesions in adults as a result of craniocerebral trauma are often accompanied by gross and persistent disorders of higher mental functions, including speech. At present, research in the field of speech disorders in adults with traumatic brain injury continues with the aim of solving both theoretical and practical problems of diagnosis to establish the nature of speech deficit, the choice of speech therapy tactics and further rehabilitation programme.

Key words: brain injury, aphasia, dysarthria, dysphonia, stuttering, speech therapy, remedial education.

For citation: Litvinenko, I. V., Loseva, S. M. (2024). Rechevy'e narusheniya u vzrosly'x pri cherepno-mozgovoj travme [Speech Disorders in Adults with Brain Injury]. *Vestnik Leningradskogo gosudarstvenno-go universiteta imeni A. S. Pushkina – Pushkin Leningrad State University Journal*. No. 2. Pp. 63–78. (In Russian). DOI: 10.35231/18186653_2024_2_63. EDN: TWXCQS

Введение

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) является одной из частых причин неврологической инвалидизации в любом возрастном диапазоне, но прежде всего лиц молодого и среднего возраста. ЧМТ представляет собой повреждение черепа и внутричерепных образований (головного мозга, мозговых оболочек, сосудов, черепно-мозговых нервов) в результате воздействия механической энергии¹.

Применительно к черепно-мозговой травме – мультидисциплинарной проблеме на стыке нейрохирургии, неврологии, психиатрии, травматологии, хирургии, реаниматологии, дефектологии и ряда других специальностей, обеспечивает единообразие формулировок диагноза и упорядочивает наши знания в целом классификации ЧМТ.

Исходя из разработок Института нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко, классификация ЧМТ основана на ее биомеханике, виде, типе, характере, форме, тяжести повреждений, клинической фазе, периоде течения, а также исходе травмы [7; 14].

По биомеханике ЧМТ различают как: 1) ударно-противоударную; 2) ускорения замедления; 3) сочетанную (когда одновременно воздействуют оба механизма). В зависимости от особенностей биомеханики травмы делят на очаговые и диффузные повреждения мозга. Очаговые повреждения, как правило, возникают в результате прямого воздействия травмирующей силы или контрудара. Диффузные повреждения мозга, среди которых выделяют диффузное аксональное повреждение, возникают в результате ротационных механизмов² [7]. В патогенезе ЧМТ различают первичные и вторичные механизмы повреждения головного мозга. Первичные повреждения возникают в результате непосредственного воздействия механической энергии, вторичные повреждения – вследствие сложных и многообразных механизмов, которые «включаются» в момент травмы. Среди типов ЧМТ различают: изолированную (если отсутствуют какие-либо внечерепные повреждения), сочетанную (если механическая энергия одновременно вызывает внечерепные повреждения) и комбинированную (если одновременно воздействуют различные виды энергии – меха-

¹ Бывальцев В. А. Черепно-мозговая травма: учебное пособие / В. А. Бывальцев [и др.]; ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Кафедра нейрохирургии и инновационной медицины. Иркутск: ИГМУ, 154 с.

² Там же.

ническая и термическая, или лучевая или химическая) травму. По характеру, с учетом опасности инфицирования внутрисерепного содержимого, ЧМТ делят на закрытую и открытую. По степени тяжести ЧМТ определяют как легкую, средней тяжести и тяжелую. В течении ЧМТ выделяют три базисных периода: 1) острый, 2) промежуточный и 3) отдаленный (последствия). Продолжительность острого периода ЧМТ может быть разной: от двух недель при легкой ЧМТ, до десяти недель в тяжёлых случаях. Острый период заканчивается при стабилизации нарушенных функций или отсутствии отрицательной динамики. Далее следует промежуточный период ЧМТ, который длится от двух (при лёгкой ЧМТ) до четырех-шести месяцев (при среднетяжёлых и тяжёлых травмах). В течение этого времени происходит полное или частичное восстановление или достигается устойчивая компенсация утраченных функций. Именно на этом этапе реабилитационные мероприятия наиболее эффективны. Далее следует отдалённый период, когда пациент выздоравливает или максимально компенсирует нарушенные функции, либо у него прогрессируют или развиваются новые, вызванные перенесением ЧМТ состояния, например психические, когнитивные, речевые нарушения и др¹. [16].

Важным аспектом в данном случае является компенсация, т. е. способность головного мозга и организма в целом восстановить собственными силами либо с помощью различных внешних факторов и воздействий (хирургических, медикаментозных, психологических, педагогических) те или иные функции, дефицит которых обусловлен травмой. В состоянии пострадавшего с ЧМТ различают следующие клинические фазы: клинической компенсации; клинической субкомпенсации; умеренной клинической декомпенсации; клинической декомпенсации; терминальная фаза. Каждая из перечисленных характеристик в классификации ЧМТ имеет большое значение для постановки диагноза, тактики лечения, прогноза, а также профилактических мероприятий [7]. Речевые нарушения могут длительно сохраняться после тяжелой, средней и даже при легкой ЧМТ [11].

Специфика речевых нарушений определяется локализацией и размерами очагов поражения, сроками и характером

¹ Казимирко Н. К., Мироненко Т. В., Смирнова М. П. Черепно-мозговая травма. Острый отдаленный период (клинико-диагностические и терапевтические алгоритмы). Луганск: ЛугГМУ, 2010. 120 с.

оперативного вмешательства (при черепно-мозговых травмах), глубиной и этапом развития заболевания, а также преморбидными (интеллектуальными, характерологическими, профессиональными) особенностями личности больного. Афазии и дизартрии – наиболее часто встречающиеся речевые расстройства при ЧМТ, реже диагностируется заикание¹.

Результаты

История изучения афазии насчитывает двухсотлетнюю историю и связана с именами известных во всем мире ученых – неврологов и психиатров, анатомов и физиологов, психологов, нейропсихологов, дефектологов: П. Брока, К. Вернике, Дж. Джексона, Л. Лихтгейма, А. Пика, М. И. Аствацатурова, А. Кожевникова, В. М. Бехтерева, Л. С. Выготского, А. Н. Леонтьева, А. Р. Лурии, В. В. Оппель, Н. Н. Трауготт, В. К. Орфинской, М. К. Бурлаковой, Л. С. Цветковой, В. М. Шкловского, Т. Г. Визель и др.². [1].

Aphasia – от греческого «а» – обозначает отрицание, phasis – речь. Впервые термин «афазия» был предложен в 1864 г. французским врачом А. Труссо. Афазия – это расстройство речи, обусловленное поражением корковых центров речепродукции и (или) речеузнавания при сохранном артикуляционном аппарате и достаточном слухе. Афазии могут возникать вследствие трех групп причин: первичного нарушения экспрессивной речи (способности говорить), первичного нарушения импрессивной речи (способности понимать речь), изолированного первичного нарушения номинативной речи (нарушение называния различных предметов)³.

Л. С. Цветкова определяет афазию как системное нарушение речевой функции, которое обуславливается органическими поражениями мозга, охватывает различные уровни речи

¹ Калугина Н. А. Метод биологической обратной связи в восстановлении речи у взрослых пациентов после черепно-мозговых травм и острого нарушения мозгового кровообращения: учеб.-метод. пособие. СПб., 2005. 16 с.

² Визель Т. Г. Нейролингвистический анализ атипичных форм афазии: Системный интегративный подход: автореф. дис. ... д-ра психолог. наук: 19.00.04 / Моск. науч.-исслед. ин-т психиатрии. М., 2002. 49 с.; Зайцева Л. А., Зайцев И. С., Левяш С. Ф., Ясова И. Н. Нарушения произносительной стороны речи и их коррекция: учеб.-метод. пособие. Мн.: БГПУ им. М. Танка, 2001. 74 с.; Логопедическая диагностика и реабилитация расстройств речи, голоса и глотания при повреждениях головного мозга в остром периоде: Клинические рекомендации / сост.: Т. В. Ахутина, Н. А. Варако, М. В. Иванова, О. Д. Ларина, Ю. В. Микадзе, С. Н. Норвилл, И. В. Царева. М.: Союз реабилитологов России, 2014. 36 с.; Шкловский В. М., Визель Т. Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. М.: «Ассоциация дефектологов», В Секачев, 2000. 96 с.; Шохор-Троцкая М. К. Коррекция сложных речевых расстройств: сборник упражнений. 2-е изд., перераб. М.: Сфера, 2006. 272 с.

³ Филичева Т. Б. и др. Основы логопедии: учебное пособие / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина. М.: Просвещение, 1989. 223 с.

(фонетику, лексику, грамматику), влияет на другие психические процессы и приводит к дезинтеграции и дезадаптации личности, нарушая коммуникативную функцию речи [15].

В отечественной и зарубежной афазиологии существуют различные классификационные системы афазических расстройств. В настоящее время в мире широко используются две: классификация А. Р. Лурии и Бостонская классификация, и они принципиально разные. Бостонская классификация основывается на трех характеристиках речи: беглости (насколько человек способен продуцировать речь), понимании (насколько человек способен интерпретировать чужую речь), повторении (насколько человек способен и повторять услышанное) [10]. В 1982 г. классическая Бостонская классификация афазии была дополнена такой формой, как первичная прогрессирующая афазия, или ППА (Primary Progressive Aphasia). Она является неврологическим синдромом, при котором языковые способности медленно и прогрессивно ухудшаются¹ [1; 19; 20; 21].

В отечественную классификацию афазии заложен принцип выделения центрального механизма, лежащий в основе нарушения функциональной системы, обеспечивающий речь и синдромальный анализ нарушения речи. Синдромный системный подход А. Р. Лурия к выделению форм афазии с их первичными и вторичными симптомами нарушений соответствует современным неврологическим и нейрофизиологическим воззрениям на динамическую системную локализацию функций [1]. А. Р. Лурией было выделено семь форм афазии: *эфферентная моторная* (поражение заднелобных отделов коры головного мозга (зона Брока)); *афферентная моторная* (поражение задних постцентральных отделов двигательного анализатора, нижние теменные отделы); *динамическая* (отделы мозга располагающиеся кпереди от зоны Брока, и дополнительная речевая «зона Пенфилда»); *сенсорная* (поражение задней трети верхней височной извилины (зона Вернике)); *акустико-мнестическая* (поражение средней височной извилины); *семантическая* (поражение зоны ТРО (височно-теменно-затылочной)); амнестическая афазия (очаг поражения находится на границе теменной, височной и затылочной долей доминантного полушария)² [1; 15].

¹ Цветкова Л. С. Афазия и восстановительное обучение: учеб. пособие. М.: Просвещение, 1988. 204 с.

² Логопедия. Заикание: хрестоматия. М.: В. Секачев, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. 416 с.

Классификационные системы сложных явлений в частности афазии, не могут рассматриваться как законченные. Наряду с известными на сегодняшний день формами афазии существуют и такие, которые не соответствуют ни одной из них и являются атипичными. Исследования, касающиеся изучения механизмов их атипичных проявлений, отражены в работах Т. Г. Визель¹.

Наибольший интерес среди «атипичных» форм афазий, представляет первичная прогрессирующая афазия. По данной проблеме проводилось большое число научных исследований [6].

В клинической практике при ЧМТ диагностируется дизартрия разной степени выраженности: от минимальной до грубо выраженной. Сложные нарушения речи при дизартрии обычно сочетаются с двигательными расстройствами (проявляются в виде параличей, парезов, насильственных движений, нарушений координации движений), зачастую сопровождаются нарушениями глотания (характерные симптомы: трудности жевания, удерживания пищи или питья во рту, затруднения при иницировании глотания, нарушение прохождения пищи через глотку, остатки пищи в глотке, аспирация) и голоса (проявляются в недостаточной силе голоса, нарушениями тембра голоса, слабой выраженностью или отсутствием голосовых модуляций) [2; 3; 17].

Вопросы изучения и диагностики дизартрий освещены в работах отечественных и зарубежных учёных: А. Куссмауля, В. Литтля, Э. Фрешельса, М. С. Маргулиса, Л. Б. Литвака, Э. Я. Сизовой, Г. В. Чиркиной, Т. Б. Филичевской, Е. М. Мастюковой, И. И. Панченко, О. В. Правдиной, Е. Н. Винарской, Л. В. Лопатиной, Е. Ф. Архиповой и др.

Дизартрия (*dys* – нарушение признака или функции, *arthroo* – расчленяю) – термин греческий, в переводе означает расстройство членораздельной речи – произношения. Основные проявления дизартрии состоят в расстройстве артикуляции звуков, нарушениях голосообразования, а также в изменениях темпа речи, ритма и интонации². Дизартрии

¹ Визель Т. Г. Нейролингвистический анализ атипичных форм афазии: Системный интегративный подход: автореф. дис. ... д-ра психолог. наук: 19.00.04 / Моск. науч.-исслед. ин-т психиатрии. М., 2002. 49 с.

² Филичева Т. Б. и др. Основы логопедии: учебное пособие / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина. М.: Просвещение, 1989. 223 с.

так же, как и афазии, разделяются на несколько типов в зависимости от симптомов и локализации поражения мозга, иногда они наблюдаются одновременно с афазиями.

Учёные-исследователи дают различные определения дизартрии и классифицируют её по различным параметрам. Существует несколько систем классификации дизартрии, которые разработаны: с учётом неврологического подхода – в основу положен принцип локализации мозгового поражения (О. В. Правдина и др.); на основе синдромологического подхода выделяют формы дизартрии применительно к детям с церебральным параличом (И. И. Панченко); с учётом степени понятности речи окружающим (Ж. Тардые)¹ [2].

Некоторые зарубежные исследователи выделяют семь форм дизартрии: *паретическая, спастическая, атактическая, гипокинетическая, гиперкинетическая, верхнего моторного нейрона, смешанная* [12].

В отечественной логопедической практике наиболее распространена классификация Е. Н. Винарской, созданная с учётом неврологического подхода на основе уровня локализации поражения двигательного аппарата речи. В данной классификации представлены пять форм дизартрии: *бульбарная, псевдобульбарная, мозжечковая, экстрапирамидная, корковая* (имеет две формы) [2].

Дизартрии могут проявляться в разной степени: *тяжелой* (анартрия), при которой отмечается полная неподвижность артикуляционной мускулатуры; *средней тяжести* (выраженная псевдобульбарная дизартрия), при которой возможна подвижность отдельных мышечных групп и некоторая артикуляция звуков; *легкая* (стертая дизартрия), при которой неврологическая симптоматика нерезко выражена, имеются парезы отдельных мышечных групп, сопровождающиеся нечетким звукопроизношением, смазанностью, назализацией².

Относительно реже при ЧМТ отмечается заикание, структура дефекта при заикании очень сложная и комбинированная. Определение заикания может быть различным, в зависимости от принадлежности авторов к разным научным школам. К настоящему времени сформировался ряд научных

¹ Белякова Л. И., Волоскова Н. Н. Логопедия. Дизартрия: учеб. пособие. М.: ВЛАДОС, 2009. 287 с.

² Зайцева Л. А., Зайцев И. С., Левяш С. Ф., Ясова И. Н. Нарушения произносительной стороны речи и их коррекция: учеб.-метод. пособие. Мн.: БГПУ им. М. Танка, 2001. 74 с.

направлений, каждое из которых подчеркивает те или иные аспекты заикания, обуславливающие его специфику: клинико-педагогическое направление (В. Г. Асатиани, Н. А. Власова, В. Г. Казаков, Ю. А. Флоренская, Л. И. Белякова, А. И. Лубенская, Е. В. Оганесян и др.) психолого-педагогическое (Р. Е. Левина, С. А. Миронова, А. В. Ястребова и др.), психолингвистическое (Н. Ю. Абелева, Н. И. Жинкин и др.), клинико-психологическое направление (В. Н. Мясищев, В. М. Шкловский и др.) клинико-психолого-педагогическое (В. И. Селиверстов, Л. А. Зайцева), нейропсихологическое (И. В. Данилов, И. М. Черепанов и др.), логопсихотерапевтическое направление (Л. З. Андропова, Н. Л. Карпова, Ю. Б. Некрасова, В. П. Мерзлякова, Е. Ю. Рау, Е. Н. Садовникова и др.); устранение заикания с помощью технических средств (Л. Н. Мещерская, Л. Я. Миссуловин, В. А. Раздольский, М.Е. и др.)¹ [5; 8; 15].

Несмотря на разность подходов, все специалисты утверждают в концепции сугубо коммуникативного нарушения. Термин «заикание» (*balbuties*) греческого происхождения и означает повторение судорожных сокращений речевых органов. Судороги мышц речевого аппарата имеют различную локализацию, тип и силу выраженности. Принято выделять два основных типа речевых судорог: *тонические* (проявляются в виде насильственного резкого повышения тонуса мышц, захватывающего обычно несколько мышечных групп (например, мышцы языка, губ, щек и т. п.)) и *клонические* (характеризуются насильственным многократным ритмичным сокращением мышц речевого аппарата)². Различают три степени заикания: слабую (умеренную), среднюю и сильную (тяжелую). Четких критериев определения степеней заикания нет.

Вопросы классификации заикания рассматриваются с разных позиций, но каждая из них является правомерной, так как имеет свое научное обоснование. Поиск единой позиции относительно классификации форм заикания продолжается в науке на протяжении длительного времени. Традиционно заикание делят на органическое и функциональное. Органическое предполагает гибель определенных структур мозга или патологические условия их функционирования, проявля-

¹ Белякова Л. И., Дьякова Е. А. Заикание: учеб. пособие для студентов педагогических институтов по специальности "Логопедия". М.: В. Секачев, 1998. 304 с.

² Там же.

ющиеся в наличии неврологической и нейропсихологической симптоматики. Функциональное заикание возникает на основе слабости нервной деятельности, без «поломки», гибели самих клеток мозга. В соответствии с клиническим подходом выделяют две формы заикания *неврозоподобную* (обусловлена органическим поражением центральной нервной системы) и *невротическую* (обусловлена психологическими факторами)¹.

Вследствие ЧМТ может возникать неврозоподобное заикание, оно чаще всего характеризуется тонической формой, в некоторых случаях сопровождается синкинезиями (заикание средней и тяжёлой степени). Синкинезии могут появиться одновременно с заиканием или же присоединиться позднее. Травмы могут обусловить возникновение скрытых форм патологических изменений в центральной нервной системе, которые могут проявиться лишь спустя некоторое время. В клинической практике среди заикающихся встречается пациенты с обострением дотравматической формы заикания [18].

Обследование речи взрослых пациентов в условиях медицинского учреждения проводится в сроки, ограниченные временными рамками, поэтому важно выявить ключевые информативные показатели состояния речи, позволяющие описать симптомокомплекс речевого расстройства и определить оптимальные методы коррекционной логопедической работы.

В зависимости от полученных данных в ходе первичной беседы с пациентом, а также данных медицинской документации, выстраивается предположение о клинической форме нарушения и определяется содержание дальнейшего обследования, при учёте сохранных возможностей пациента².

Технология логопедического обследования взрослых пациентов включает в себя три этапа: организационный – анализ медицинской документации и первичная беседа с пациентом, диагностический – углубленное изучение симптомов речевых нарушений, аналитический – описание симптомокомплекса речевого расстройства [4].

Особое место в комплексе лечебно-восстановительных мероприятий наряду с медикаментозным лечением [13] за-

¹ Визель Т. Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т. Г. Визель. М.: АСТАстрель Транзиткнига, 2005. 384, (16) с.

² Цветкова Л. С. Методика оценки речи при афазии: учеб. пособие. М.: Изд-во МГУ, 1981. 67 с.

нимает восстановительное обучение¹ [15]. Основной целью восстановительного обучения больных с речевыми нарушениями вследствие черепно-мозговой травмы является работа по преодолению афазий, дизартрий, заикания, артикуляционных апраксий, а также по восстановлению голоса и глотания.

Логопедическую работу необходимо начинать в остром периоде заболевания, используя компенсаторные технологии. Эффективность логопедической работы по преодолению речевых нарушений зависит от многих факторов: в первую очередь от клинического диагноза, состояния и возраста, вида речевого дефекта, а также социального статуса и профессии больного [9].

Ведение пациентов с речевыми нарушениями в остром периоде имеет следующую специфику.

1. Работа с пациентами независимо от формы речевого нарушения, находящимися в острой стадии заболевания, должна быть строго дозирована в зависимости от особенностей общего состояния больного, носить щадящий, психотерапевтический характер. Как правило, используется метод беседы, на различные, близкие больному темы, а также методы, состоящие в подключении «неречевых» видов деятельности (конструирования, срисовывания, манипуляций с предметами, лепки из пластилина и т. д.). Осуществляется информирование и обучение пациента и его родственников компенсаторным коммуникативным стратегиям. Это формирует понимание ситуации и облегчит коммуникацию между пациентом и окружающими его людьми².

2. Логопедическая работа при афазии в остром периоде включают в себя растормаживание речевой функции на основе старых речевых стереотипов. Материал подбирается по его смысловой и эмоциональной значимости для пациента. Можно использовать привычные речевые стереотипы – счет, дни недели, месяцы; эмоционально значимые отрывки стихов, договаривание ходовых фраз, выражений. В подострой стадии заболевания восстановительное обучение проводится

¹ Шкловский В. М., Визель Т. Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. М.: «Ассоциация дефектологов», В. Секачев, 2000. 96 с.; Шохор-Троцкая М. К. Коррекция сложных речевых расстройств: сборник упражнений. 2-е изд., перераб. М.: Сфера, 2006. 272 с.

² Шохор-Троцкая М. К. Коррекция сложных речевых расстройств: сборник упражнений. 2-е изд., перераб. М.: Сфера, 2006. 272 с.

с расчетом на все более активное, сознательное вовлечение больного в реабилитационный процесс. Восстановительное обучение нацелено на коррекцию речевого дефицита, выявленного в ходе оценки речевого статуса пациента¹ [1].

3. При наличии дизартрических нарушений в комплекс логопедических занятий должны быть включены: артикуляционная гимнастика, массаж, дыхательные и голосовые упражнения, которые ориентированы на повышение функциональной активности мышц, участвующих в речевом акте. Логопедическая работа с пациентами с дисфагией направлена: на подбор питания (выбор модификации диеты и степени загущения жидкости; выбор способа кормления, облегчающего прием пищи пациентом), проведение реабилитационных мероприятий (стимуляция чувствительности слизистых оболочек полости рта; нормализация дыхательной и голосовой функций; стимуляция акта глотания; повышение функциональной активности мышц, участвующих в акте жевания и глотания пищи – жевательных, мимических мышц и мышц языка), обучение пациентов и лиц, осуществляющих уход за ними правилам питания при дисфагии. Реабилитация пациентов с дисфонией включает следующие этапы логопедической работы: формирование установки на коррекцию голосовой функции; коррекция физиологического и фонационного дыхания; функциональные тренировки кинестезий и координации голосового аппарата с использованием фонетических упражнений (координация фонации и дыхания); автоматизация правильной фонации при помощи вокальных упражнений на развитие силы, высоты голоса и улучшения мелодико-интонационной стороны речи² [17].

4. В системе реабилитации заикающихся пациентов объединены и взаимосвязаны работа невролога, психиатра, психолога, логопеда, специалистов по лечебной физкультуре и массажу. Курс лечения заикания включает следующие этапы: диагностический; перестройка патологических речевых навыков и нарушенных отношений личности (проводятся лого-

¹ Шкловский В. М., Визель Т. Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. М.: «Ассоциация дефектологов», В. Секачев, 2000. 96 с.

² Зайцева Л. А., Зайцев И. С., Левяш С. Ф., Ясова И. Н. Нарушения произносительной стороны речи и их коррекция: учеб.-метод. пособие. Мн.: БГПУ им. М. Танка, 2001. 74 с.; Логопедическая диагностика и реабилитация расстройств речи, голоса и глотания при повреждениях головного мозга в остром периоде: Клинические рекомендации / сост.: Т. В. Ахутина, Н. А. Варако, М. В. Иванова, О. Д. Ларина, Ю. В. Микадзе, С. Н. Норвилс, И. В. Царева. М.: Союз реабилитологов России, 2014. 36 с.; Филичева Т. Б. и др. Основы логопедии: учеб. пособие / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина. М.: Просвещение, 1989. 223 с.

педические занятия по отработке речевых техник; аутогенная тренировка, сеансы внушения в бодрствующем состоянии, сеансы психотерапии); закрепление достигнутых результатов (тренировка речи в обычной для заикающегося жизненной обстановке); диспансеризация и профилактика рецидивов (пациенты получают необходимые консультации, осуществляется диспансерное наблюдение)¹ [8; 18].

5. Также у больных после ЧМТ помимо речевых отмечаются и эмоциональные расстройства. В тех случаях, когда у пациентов развиваются тревожность, пониженный фон настроения, фиксированность на своем заболевании, то формы и методы логопедической работы должны быть подобраны, исходя из особенностей психической деятельности и личности больного. Логопеду необходимо правильно выстраивать психологически целесообразные отношения с пациентом, направленные на формирование позитивных лечебных установок, мотивировать пациента к реабилитации в целом.

Обсуждение и выводы

Проблема черепно-мозговой травмы и ее последствий является мультидисциплинарной и находится в сфере интересов нейрохирургов, неврологов, психиатров, психологов, логопедов. В каждой специальности за продолжительное время изучения данной темы выработались комплексные подходы и пути решения проблем диагностики и лечения, сформировался определенный взгляд на патогенез и патофизиологию процессов нарушения и последующего восстановления нарушенных функций.

Специалист в области логопедии должен быть готов оказать помощь данной категории взрослых, владеть технологиями логопедического обследования (определить структуру и степень тяжести речевого дефекта пациента) и коррекционно-восстановительного обучения, знать, что характер, степень и особенности проявлений речевых расстройств у лиц, перенесших ЧМТ, зависят от локализации очага поражения и распространенности патологических процессов в области головного мозга.

Для результативности восстановительного обучения важным условием является участие родных и близких больного, обучение пациентов и их родственников эффективным

¹ Логопедия. Заикание: хрестоматия. М.: В. Секачев, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. 416 с.

коммуникативным стратегиям и формирование долгосрочной мотивации на достижение положительного результата.

Список литературы

1. Бейн Э. С., Овчарова П. А. Клиника и лечение афазий; под общ. ред. Э. С. Бейн. – София: Медицина и физкультура, 1970. – 210 с.
2. Винарская Е. Н. Дизартрия. – М.: АСТ: Астрель, Хранитель, 2006. – 141 с.
3. Винарская Е. Н., Пулатов А. М. Дизартрия и ее топиико-диагностическое значение в клинике очаговых поражений мозга: монография. – 2-е изд. доп. и перераб. – Ташкент: Медицина, 1989. – 166 с.
4. Гинжол И. Ю., Петухова Е. П. Технология логопедического обследования взрослых в условиях поликлинического приёма // Электронный научный журнал Курского государственного университета. – 2020. – № 3 (27). – С. 44–47.
5. Гусаров С. В. Эволюция научных направлений к пониманию заикания в специальной педагогике: перспективы применения современных технических средств как интегративных IT-технологий в составе комплексной психолого-педагогической коррекции // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. – 2016. – № 7. – С. 36–43.
6. Кадыков А. С., Калашникова Л. А., Шахпаронова Н. В., Кашина Е. М., Егорова А. В., Пильщикова И. К. Первичная прогрессирующая афазия // Нервные болезни. – 2005. – С. 33–36.
7. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме: в 3 т. / под ред. акад. РАМН А. Н. Коновалова, проф. Л. Б. Лихтермана, проф. А. А. Потапова. – М.: Антидор, 1998. – Т. 1. – 550 с.
8. Лалаева Р. И., Лохов М. И., Миссуловин Л. Я., Фесенко Ю. А. Психологическая и педагогическая коррекция заикания: монография. – СПб.: ЛГУ им. А. С. Пушкина, 2012. – 164 с.
9. Ларина О. Д., Рудомётова Ю. Ю., Новикова Т. В. Роль логопеда в коррекции афазии и дисфагии на первом этапе реабилитации пациентов с ОНМК // Лечащий Врач. – 2022. – № 10 (25). – С. 21–29.
10. Литвиненко И. В., Лосева С. М. Роль логопедической коррекции речевых нарушений при некоторых нейродегенеративных заболеваниях // Вестник Ленинградского государственного университета имени А. С. Пушкина. – 2023. – № 2. – С. 52–67.
11. Михайленко А. А., Одинак М. М., Литвиненко И. В., Ильинский Н. С., Юрин А. А., Синицын П. С. Неврологическая симптоматика в остром периоде сотрясения головного мозга // Неврологический журнал. – 2015. – Т. 20. – № 3. – С. 29–36.
12. Моргачева Е. Н. Формирование специального образования в США: монография. – М.: Спутник+, 2010. – 152 с.; 21 см. – Библиогр.: С. 141–151.
13. Одинак М. М., Литвиненко И. В., Емелин А. Ю. Открытое сравнительное исследование эффективности мемантина в терапии посттравматических когнитивных расстройств // Неврологический журнал. – 2005. – Т. 10. – № 6. – С. 32–38.
14. Потапов А. А., Лихтерман Л. Б., Зельман В. и др. Доказательная нейротравматология: моногр. – М.: ПБОЮЛ Андреева ТМ, 2003. – 517 с.
15. Рау Е. Ю., Садовникова Е. Н. Современный подход к восстановлению коммуникации заикающихся дошкольников // Психолингвистика и современная логопедия (монографический сборник). – М.: Экономика, 1997. – С. 193–205.
16. Селезнев С. А., Багненко С. Ф., Шапота Ю. Б., Курыгин А. А. Травматическая болезнь и ее осложнения: моногр. – СПб.: Политехника, 2004. – 426 с.
17. Уклонская Д. В., Покровская Ю. А., Агаева В. Е. Основные направления логопедического воздействия по коррекции нейрогенной дисфагии при парезах и параличах гортани периферического генеза // Специальное образование. – 2019. – № 3 (55). – С. 92–103.
18. Шкловский В. М. Заикание: монография. – М.: Медицина, 1994. – 248 с.
19. Duffy Joseph R., Petersen Ronald C. Primary progressive aphasia // Aphasiology. – 1992. – Vol. 6. – No. 1. – P. 1–16.
20. Gorno-Tempini M. L., Hillis A. E., Weintraub S. et al. Classification of primary progressive aphasia and its variants // Neurology. – 2011. – Vol. 76. – No. 11. – P. 1006–1014.

21. Kertesz A., Hudson L., Mackenzie Ian R. A., Munoz David G. The pathology and nosology of primary progressive aphasia // *Neurology*. – 1994. – Vol. 44. – No. 11. – Pp. 2065–2072.

References

1. Beyn, E. S., Ovcharova, P. A. (1970) *Klinika i lechenie afazij* [Clinic and treatment of aphasias] / pod obshh. red. E. S. Beyn. Sofiya: Medicina i fizkul'tura. (In Russian).
2. Vinarskaya, E. N. (2006) *Dizartriya* [Dysarthria]. Moscow: ACT: Astrel', Xranitel'. (In Russian).
3. Vinarskaya, E. N., Pulatov, A. M. (1989) *Dizartriya i ee topiko-diagnosticskoe znachenie v klinike ochagovy'x porazhenij mozga* [Dysarthria and its topico-diagnostic significance in the clinic of focal brain lesions]. 2-e izd. dop. i pererab. Tashkent: Medicina.
4. Ginzhul, I. I., Petukhova, E. P. (2020) *Technologiya logopedicheskogo obsledovaniya vzrosly'x v usloviyax poliklinicheskogo priyoma* [Technology of speech therapy examination of adults in a polyclinic setting]. *E'lektronny'j nauchny'j zhurnal Kurskogo gosudarstvennogo universiteta – Electronic Scientific Journal of Kursk State University*. No. 3 (27). Pp. 44–47. (In Russian).
5. Gusarov, S. V. (2016) *E'volyuciya nauchny'x napravlenij k ponimaniyu zaikaniya v special'noj pedagogike: perspektivy' primeneniya sovremenny'x texnicheskix sredstv kak integrativny'x IT-texnologij v sostave kompleksnoj psixologo-pedagogicheskoy korekcii* [Evolution of scientific directions to the understanding of stuttering in special pedagogy: prospects of application of modern technical means as integrative IT-technologies as part of complex psychological and pedagogical correction]. *Vestnik Chelyabinskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta – Bulletin of Chelyabinsk State University*. No. 7. Pp. 36–43. (In Russian).
6. Kadykov, A. S., Kalashnikova, L. A., Shakhparonova, N. V., Kashina, E. M., Egorova, A. V., Pilshchikova, I. K. (2005) *Pervichnaya progressivnyyushhaya afaziya* [Primary progressive aphasia]. *Nervny'e bolezni – Nervous diseases*. Pp. 33–36. (In Russian).
7. Konovalova, A. N., Likhtermann, L. B., Potapova, A. A. (eds.) (1998) *Klinicheskoe rukovodstvo po cherepno-mozgovoy travme* [Clinical Guidelines for Brain Injury]: in 3 vols. Moscow: Antidor. Vol. 1. (In Russian).
8. Lalaeva, R. I., Likhov, M. I., Missulovin, I. Ia., Fesenko, Iu. A. (2012) *Psixologicheskaya i pedagogicheskaya korekciya zaikaniya* [Psychological and pedagogical correction of stuttering]. Saint Petersburg: LGU imeni A. S. Pushkina. (In Russian).
9. Larina O. D., Rudometova Iu. Iu., Novikova T. V. (2022) *Rol' logopeda v korekcii afazii i disfagii na pervom e'tape reabilitatsii pacientov s ONMK* [The role of a speech therapist in the correction of aphasia and dysphagia at the first stage of rehabilitation of patients with acute cerebral circulation disorder]. *Lechashhij Vrach – Attending Physician*. No. 10 (25). Pp. 21–29. (In Russian).
10. Litvinenko, I. V., Loseva, S. M. (2023). *Rol' logopedicheskoy korekcii rechevykh narusheniy pri nekotorykh neurodegenerativnykh zabolevaniyakh* [The role of speech therapy in the correction of speech disorders in some neurodegenerative diseases]. *Vestnik Leningradskogo gosudarstvennogo universiteta imeni A. S. Pushkina. – Pushkin Leningrad State university Journal*. No. 2. Pp. 52–67. (In Russian).
11. Mikhailenko, A. A., Odinak, M. M., Litvinenko, I. V., Ilinskii, N. S., Iurin, A. A., Sinitsyn, P. S. (2015) *Nevrologicheskaya simptomatika v ostrom periode sotryaseniya golovnogogo mozga* [Neurological symptoms in the acute period of cerebral concussion]. *Nevrologicheskij zhurnal – Journal of Neurology*. Vol. 20. No. 3. Pp. 29–36. (In Russian).
12. Morgacheva, E. N. (2010) *Formirovanie special'nogo obrazovaniya v SShA*. [Formation of special education in the United States]. Moscow: Sputnik+. Pp. 141–151. (In Russian).
13. Odinak, M. M., Litvinenko, I. V., Emelin, A. Iu. (2005) *Otkry'toe sravnitel'noe issledovanie e'ffektivnosti memantina v terapii posttravmaticheskix kognitivny'x rasstrojstv* [An open comparative study of the efficacy of memantine in the therapy of post-traumatic cognitive disorders]. *Nevrologicheskij zhurnal – Journal of Neurology*. Vol. 10. No. 6. Pp. 32–38. (In Russian).
14. Potapov, A. A., Likhtermann, L. B., Zelman, V. I dr. (2003) *Dokazatel'naya nejrotraumatologiya* [Evidence-based neurotraumatology]. Moscow: PBOIuL Andreeva TM. (In Russian).
15. Rau, E. Iu., Sadovnikova, E. N. (1997) *Sovremenny'j podhod k vosstanovleniyu kommunikatsii zaikayushhixsy doshkol'nikov* [A contemporary approach to restoring communication

of preschoolers who stutter]. *Psixolingvistika i sovremennaya logopediya* [Psycholinguistics and modern speech therapy]. Moscow: E'konomika. Pp. 193–205. (In Russian).

16. Seleznev, S. A., Bagnenko, S. F., Shapota, Iu. B., Kurygin, A. A. (2004) *Travmaticheskaya bolezni i ee oslozhneniya* [Traumatic brain injury and its complications]. Saint Petersburg: Politexnika. (In Russian).

17. Uklonskaia, D. V., Pokrovskaiia, Iu. A., Agaeva, V. E. (2019) Osnovny'e napravleniia logopedicheskogo vozdeistviia po korektsii neirogennoi disfagii pri parezax i paralichax gortani perifericheskogo geneza [Logopedic intervention aimed at correction of neurogenic dysphagia in pareses and paralyzes of the larynx of peripheral genesis]. *Special'noe obrazovanie – Special education*. No. 3 (55). Pp. 92–103. (In Russian).

18. Shklovskii, V. M. (1994) *Zaikanie* [Stuttering]. Moscow: Medicina. (In Russian).

19. Duffy Joseph R., Petersen Ronald C. (1992) Primary progressive aphasia // *Aphasiology*. Vol. 6. No. 1. Pp. 1–16.

20. Gorno-Tempini, M.L., Hillis, A.E., Weintraub, S. et al. (2011) Classification of primary progressive aphasia and its variants // *Neurology*. Vol. 76. No. 11. Pp. 1006–1014.

21. Kertesz, A., Hudson, L., Mackenzie, Ian R. A., Munoz, David G. (1994) The pathology and nosology of primary progressive aphasia // *Neurology*. Vol. 44. No. 11. Pp. 2065–2072.

Личный вклад соавторов

Personal co-authors contribution

50/50 %

Информация об авторах

Литвиненко Игорь Вячеславович – доктор медицинских наук, профессор, Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова; Ленинградский государственный университет имени А. С. Пушкина, Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID ID: 0000-0001-8988-3011, e-mail: litvinenkoiv@rambler.ru

Лосева Снежана Михайловна – кандидат педагогических наук, доцент, Ленинградский государственный университет имени А. С. Пушкина, Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID ID: 0000-0001-9115-8812, e-mail: karlik_73@mail.ru

Information about the authors

Igor V. Litvinenko – Dr. Sci. (Med.), Full Professor, S. M. Kirov Military Medical Academy; Pushkin Leningrad State University, Saint Petersburg, Russian Federation, ORCID ID: 0000-0001-8988-3011, e-mail: litvinenkoiv@rambler.ru

Snezhana M. Loseva – Cand. Sci. (Ped.), Associate Professor, Pushkin Leningrad State University, Saint Petersburg, Russian Federation, ORCID ID: 0000-0001-9115-8812, e-mail: karlik_73@mail.ru

Поступила в редакцию: 24.04.2024

Принята к публикации: 06.05.2024

Опубликована: 28.06.2024

Received: 24 April 2024

Accepted: 06 May 2024

Published: 28 June 2024