

## КОМПЛЕКСНАЯ РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ АФАЗИЙ

**Е.Ф. СВЯТСКАЯ<sup>1</sup>, Т.М. ХОДАКОВСКАЯ<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Белорусская медицинская академия последипломного образования,

г. Минск, Республика Беларусь,

<sup>2</sup>Республиканская клиническая больница медицинской реабилитации,

г. Минск, Республика Беларусь,

Реабилитация больных с афазиями – сложная медико-социальная проблема. Нарушение речевого общения при афазии способствует не только социальной дезадаптации человека в обществе, но и дезинтеграции психики и личности больного, что утяжеляет инвалидность до I и II групп. Причиной афазии могут служить в 84% случаев нарушения мозгового кровообращения, в 10% – черепно-мозговая травма, в 5% – опухоли мозга, в 1% – энцефалиты и пр. (Крушевская И.И., Рябцева Т.Д., 1999). По данным ВОЗ афатические расстройства наблюдаются у 25-30% больных, перенесших инсульт. Нарушения коммуникативных способностей тяжело отражаются на больных и их родственниках.

Афазия – это системное нарушение речи, которое возникает при органических поражениях мозга, охватывает разные уровни организации речи, влияет на ее связи с другими психическими процессами и приводит к дезинтеграции всей психической сферы человека, нарушая, прежде всего, коммуникативную функцию речи.

Причинами возникновения афазии являются нарушения мозгового кровообращения (ишемия, геморрагия), травмы, опухоли, инфекционные заболевания головного мозга.

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.

Основным методом реабилитации афазий является логотерапия.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности комплексной ранней реабилитации больных с афазиями в условиях Республиканской клинической больницы медицинской реабилитации.

В группу больных с афазией (270 человек) вошли 172 мужчины (63,7%) и 98 женщин (36,3%), средний возраст пациентов составил 43,8 года. Подавляющее большинство пациентов перенесли острое нарушение мозгового кровообращения – 216 чел (80%), от черепно-мозговой травмы пострадало 35 пациентов (13%), 19 чел. (3%) вошли в группу больных с прочими заболеваниями. Все пациенты были госпитализированы в реабилитационное неврологическое отделение спустя 2-3 недели от начала заболевания. Длительность пребывания в стационаре составила 28 дней.

Нейропсихологическое исследование речи проводилось по методу А.Р. Лурия в модификации Л.С. Цветковой.

По степени выраженности речевые расстройства распределились следующим образом: грубые нарушения выявлены у 32 пациентов (11,9%), умеренные расстройства имели место у 181 обследованного (67%) и легкие речевые нарушения отмечены у 57 больных (21,1%).

Кроме речетерапии пациентам проводилась психологическая реабилитация, кинезотерапия, бытовая реабилитация, физиотерапевтические процедуры по показаниям. Занятия проводились на фоне приема нейротрофических и вазоактивных препаратов. Реабилитационная программа для каждого больного была строго индивидуальной в соответствии с имеющимся клиническим синдромом, характером основного и сопутствующего заболеваний.

Основной формой речевой работы с больными, страдающими афазией, являлось индивидуальное занятие. Каждый пациент (в зависимости от тяжести речевого дефекта) получал от 3 до 5 индивидуальных занятий в неделю.

Для индивидуальной речевой реабилитации использовалась русскоязычная версия международной методологии по системе активации вербальных функций (MODAK), в основе которой лежит ведение диалога с больным, стимуляция, как устной речи, так чтения и письма.

В комплексе с индивидуальным коррекционным обучением использовались групповые методы речевой реабилитации, включающие речевые и логоритмические занятия. Работа проводилась 4-5 раз в неделю, в группе из 4-6 человек, продолжительностью до одного часа. Значительное место в восстановительной речетерапии отводилось коммуникативному тренингу, для чего применялись конкретные ситуации и речевые темы из домашнего опыта пациента.

Как вспомогательная методика, в работе применялась компьютерная программа «Коммуникация», дающая возможность пациенту заниматься самостоятельно.

Параллельно обучались родные и близкие пациента грамотному и правильному общению с данным больным.

Среди больных, прошедших курс комплексной медицинской реабилитации, включая речевую, значительная степень восстановления речи отмечалась у 80 чел. (29,6%), умеренное улучшение имело место у 147 пациентов (54,5%), с незначительным улучшением было выписано 29 чел. (10,7%), у 14 обследованных (5,2%) изменений в коммуникативной сфере не отмечалось.

Таким образом, комплексная реабилитация больных с речевыми нарушениями, используемая в Республиканской клинической больнице медицинской реабилитации, является эффективным методом восстановления коммуникативных функций пациентов.

Оптимальной формой организации восстановительного обучения больных неврологического профиля с речевыми нарушениями являются индивидуальные занятия в сочетании с групповой терапией и компьютерным тренингом.

Введение в структуру восстановительной речевой коррекции групповых занятий с использованием логоритмики повышает качество и эффективность восстановления вербальной коммуникации.

Нормализация навыков общения снижает социальную дезадаптацию пациентов, способствует их интеграции в общество и повышению качества жизни больных и инвалидов, страдающих речевыми расстройствами.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Белова, А.Н. Нейропреабилитация: руководство для врачей/ А.Н. Белова. – М., 2002. – 736с.
2. Лuria, A.P. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга /A.P. Лuria – М.: Академический Проект, 2000. – 316 с.
3. Полонская, Н.Н. Методика восстановления устной речи при комплексной афазии средней степени выраженности / Н.Н. Полонская // Вестник МГУ. Серия 14. Психология. – 1987. – 1. С.40 – 47.
4. Смычек, В.Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация / В.Б. Смычек, Г.Я. Хулуп, В.К. Милькаманович. – Минск, 2005. – 647с.
5. Хомская, Е. Д. Нейропсихология /Е.Д. Хомская – СПб.: Питер, 2005. – 496 с.
6. Цветкова, Л. С. Афазия и восстановительное обучение./ Л.С. Цветкова – М.: Академ-Пресс, 2001. – 256 с.
7. Цветкова, Л.С. Афазия и восстановительное обучение / Л.С. Цветкова // Вестник МГУ. Серия 14. Психология. 1981. – 4. С.3 – 13.
8. Шкловский, В.М., Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии / В.М. Шкловский, Т.Г. Визель – М.: «Ассоциация дефектологов», 2000. – 210 с.

## APHASIA EARLY COMPLEX REHABILITATION

**E. F. SVYATSKAYA, T.M. CHODAKOVSKAYA**

### *Summary*

Speech disorders due to neurological illnesses lead to person social disintegration in society and increase invalids degree. The aphasia early complex rehabilitation efficacy was carried. It concludes activation verbal function system, logo rhythmic, physical and social rehabilitation methods. High efficiency of the complex approach to rehabilitation at patients with aphasia is shown.

*Поступила в редакцию 17 августа 2009г.*