



CLINICAL MANIFESTATIONS AND DIAGNOSIS OF POST-STROKE SPEECH DISORDERS

M. A. Bakhadirova

Researcher

Center for the development of professional qualifications of medical workers of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan
Tashkent, Uzbekistan

M. O. Yuldasheva

Researcher

Private clinic "M-clinic"
Uzbekistan

J. Kh. Akilov

Researcher

Center for the development of professional qualifications of medical workers of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan
Tashkent, Uzbekistan

ABOUT ARTICLE

Key words: expressive agrammatism, atherothrombotic, left hemisphere.

Received: 23.04.24

Accepted: 25.04.24

Published: 27.04.24

Abstract: Stroke is an extremely pressing medical and social problem due to its widespread prevalence and high rates of disability and mortality. According to the stroke registry of the Research Center of Neurology, only 25% of patients after a stroke are completely independent in daily life and are able to work [3]. The cause of disability after a stroke, along with motor and sensory disorders, is often cognitive impairment, which significantly worsens the quality of life of the patient and his family members. One of the most significant and common post-stroke cognitive defects are speech disorders. They are observed in at least 42% of patients who have had a stroke (2.1).

ИНСУЛТДАН КЕЙИНГИ НУТҚ БУЗИЛИШЛАРИНИНГ КЛИНИК КЎРИНИШЛАРИ ВА ДИАГНОСТИКАСИ

М. А. Баходирова

Тадқиқотчи

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш маркази

Тошкент, Ўзбекистон

М. О. Йўлдошева

Тадқиқотчи

"М-слинис" хусусий клиникаси

Ўзбекистон

Ж. Х. Оқилов

Тадқиқотчи

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш маркази

Тошкент, Ўзбекистон

МАҚОЛА ҲАҚИДА

<p>Калит сўзлар: аграмматизм, атеротромботик шар.</p>	<p>экспрессив: чап ярим тарқалганлиги ва ногиронлик ва юқори кўрсаткичлари туфайли жуда долзарб тиббий ва ижтимоий муаммодир. Неврология илмий-тадқиқот марказининг инсулт реестрига кўра, инсултдан кейин беморларнинг атиги 25 фоизи кундалик ҳаётда тўлиқ мустақил ва ишлашга қодир [3]. Қон томиридан кейин ногиронликнинг сабаби, восита ва ҳиссий бузилишлар билан бирга, кўпинча когнитив бузилишдир, бу бемор ва унинг оила аъзоларининг ҳаёт сифатини сезиларли даражада ёмонлаштиради. Инсултдан кейинги энг муҳим ва кенг тарқалган когнитив нуқсонлардан бири нутқ бузилишидир. Улар инсултга учраган беморларнинг камида 42 фоизида кузатилади (2.1).</p>	<p>Аннотация: Инсулт кенг тарқалганлиги ва ногиронлик ва юқори кўрсаткичлари туфайли жуда долзарб тиббий ва ижтимоий муаммодир. Неврология илмий-тадқиқот марказининг инсулт реестрига кўра, инсултдан кейин беморларнинг атиги 25 фоизи кундалик ҳаётда тўлиқ мустақил ва ишлашга қодир [3]. Қон томиридан кейин ногиронликнинг сабаби, восита ва ҳиссий бузилишлар билан бирга, кўпинча когнитив бузилишдир, бу бемор ва унинг оила аъзоларининг ҳаёт сифатини сезиларли даражада ёмонлаштиради. Инсултдан кейинги энг муҳим ва кенг тарқалган когнитив нуқсонлардан бири нутқ бузилишидир. Улар инсултга учраган беморларнинг камида 42 фоизида кузатилади (2.1).</p>
--	---	---

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ДИАГНОСТИКА ПОСТИНСУЛЬТНЫХ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

М. А. Бахадирова

Исследователь

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников МЗ РУз

Ташкент, Узбекистан

М. О. Юлдашева

Исследователь

частная клиника «М-клиник»

Узбекистан

Ж. Х. Акилов

Исследователь

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников МЗ РУз
Ташкент, Узбекистан

О СТАТЬЕ

Ключевые слова: экспрессивный аграмматизм, Атеротромботический, левополушарных.

Аннотация: Инсульт – чрезвычайно актуальная медико-социальная проблема ввиду широкой распространенности и высоких показателей инвалидизации и смертности. По данным регистра инсульта Научного центра неврологии, только 25% больных после инсульта полностью независимы в повседневной жизни и трудоспособны [3]. Причиной инвалидизации после перенесенного инсульта наряду с двигательными и сенсорными расстройствами часто оказываются когнитивные нарушения, которые существенно ухудшают качество жизни пациента и членов его семьи. Одними из самых значимых и распространенных постинсульт-ных когнитивных дефектов являются речевые расстройства. Они наблюдаются не менее чем у 42% больных, перенесших инсульт (2,1).

ВВЕДЕНИЕ

Речевые нарушения значительно ограничивают возможности социального взаимодействия, становятся причиной утраты профессиональных навыков, повышают экономические потери из-за затрат на лечение и нетрудоспособности. Они также негативно сказываются на возможностях коммуникации, в частности с медицинским персоналом, что снижает эффективность как двигательных, так и когнитивных реабилитационных мероприятий (4,5). Кроме того, постинсультные речевые расстройства сопряжены с высокой частотой депрессии, а по некоторым данным, и с увеличенным риском отсроченных летальных исходов и длительным пребыванием в стационаре.

В этой связи своевременная диагностика и коррекция нарушений речи у пациентов, перенесших инсульт, – важное условие успешной реабилитационной программы.

Все вышесказанное определило цель нашей работы. **Цель проведенного исследования:** выявить особенности экспрессивной и импрессивной речи у больных с ИИ.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Проведен анализ результатов комплексного клинического обследования 145 больных с полушарными инсультами (ПИ) в возрасте от 45 до 74 лет (средний возраст $64,8 \pm 9,3$ лет). Из них 51,7% (75) составили мужчины и 48,3% (70) - женщины.

Пациенты наблюдались в острейшем периоде, остром периоде и в течении раннего восстановительного периода инсульта после выписки из клиники.

С учетом латерализации поражения головного мозга больные были разделены на две группы: 1-ю составили 71 (49,0%) пациента с правосторонней локализацией очага, 2-ю – 74 (51,0%) с левосторонней. (табл.1.).

Как видно из таблицы 1, при распределении пациентов по полу внутри групп, в обеих группах, как и в целом, с небольшим перевесом преобладали мужчины.

Необходимо отметить, что в общей структуре пациентов преобладали лица в возрасте от 60 до 74 лет. Доля этих пациентов составила 75,9%. Данная тенденция была характерна для лиц обоего пола. В возрастной категории от 60 до 74 лет наблюдался небольшой перевес лиц женского пола по сравнению с мужчинами – 50,9% против 49,1% соответственно.

Таблица 1.

Распределение больных с ПИ внутри групп по полу.

пол	I группа, ППИ		II группа, ЛПИ		Всего	
	п	%	п	%	п	%
мужчины	37	52,1%	38	51,4%	75	51,7%
женщины	34	47,9%	36	48,6%	70	48,3%
всего	71	49,0%	74	51,0%	145	100,0%

Примечание: ПИ- полушарный инсульт, ЛПИ – левополушарный инсульт, ППИ – правополушарный инсульт.

Этиологическими факторами инсульта у 63 (43,3%) больных была гипертоническая болезнь, у 30 (20,7%) - атеросклероз, у 52 (35,9%) — сочетание гипертонической болезни с атеросклерозом. Атеротромботический тип ИИ выявлен в 71,7% случаев (у мужчин – 51,7%, у женщин -48,3%). Кардиоэмболический подтип ИИ - в 28,3% случаев (у мужчин – 25,3%, у женщин – 31,4%).

Диагноз инсульта устанавливался в том случае, если у больного имело место острое развитие очаговой и/или общемозговой симптоматики длительностью не менее 24 часов. Характер инсульта уточнялся с помощью компьютерной томографии (КТ) головного мозга. С учетом совокупности жалоб, анамнестических данных, клинической картины заболевания, данных клинико-инструментального обследования был определен патогенетический подтип ИИ согласно критериям TOAST [].

Нейропсихологическое обследование осуществлялось по методике А.Р.Лурия с дополнительным использованием таких количественных тестов, как «Батарейка тестов для оценки лобной дисфункции», тесты для выявления апраксии.

Нейропсихологическое обследование по методике А.Р.Лурия включало в себя исследование речи, памяти, внимания, системы счета, гнозиса (зрительного, зрительно-пространственного, тактильного, слухового), возможности обобщения, абстрагирования и планирования, а также праксиса (кинестетического, пространственного, динамического, регуляторного).

Исследование речи включало изучение автоматизированной, спонтанной и диалоговой речи. Оценка спонтанной и диалоговой речи складывалась в процессе предварительной беседы с больным; учитывалась способность больного понимать обращенные к нему вопросы, способность поддержать диалог.

При исследовании автоматизированной речи больному предлагалось перечислить дни недели, месяцы года, сосчитать до десяти. Проводилась проба на называние предметов, частей тела. Исследовалось понимание речи: простых команд и сложных логико-грамматических конструкций. Исследование счетных операций включало выполнение серийного счета (от ста вычитать по семь).

Статистическая обработка результатов проводилась с применением пакета прикладных программ «Microsoft Excel» и «Statistica 7,0» for «Windows». Количественные данные представлены в виде средней арифметической (M), ошибки репрезентативности (m), относительных частот. Достоверность различий средних величин определялась с помощью критерия Стьюдента (t). Для сравнения по качественному бинарному признаку применен критерий χ^2 , для сравнения процентных долей применяли угловое преобразование Фишера (ϕ -преобразование). Корреляционную зависимость определяли по непараметрическому критерию Спирмена (ρ).

В нашей работе изучались особенности экспрессивной и импрессивной речи у больных с последствиями ИИ в нескольких направлениях. Частота выраженности речевых и других нарушений ВПФ по данным клинко - психологического исследования у обследуемых больных представлена в таблице 2.

Как видно из таблицы 4 у пациентов с правополушарными инсультами (ППИ) наиболее часто встречались нарушения темпа и просодических характеристик речи (у 43,7% больных). У данных больных были нарушены темп речи в виде замедления или, наоборот, ускорения, интонационно - мелодические характеристики речи, тембр голоса. Темп речи нарушался у 33,8% больных. Нарушения повествовательной речи были у 14,1% больных. Данные речевые нарушения названы у этих пациентов «правополушарной корковой дизартрией».

У четверти больных отмечалось нарушение удержания речевого ряда (22,5%), узнавание и идентификация незнакомых лиц (26,8%). У некоторых больных нарушалась

право - левая ориентировка (14,1%), ориентировка в реальном пространстве (14,1%). Нарушения в автоматизированных счетных операциях присутствовали у некоторых больных (4,2%).

Как видно из таблицы 2 в группе с левополушарными инсультами (ЛПИ) наиболее часто встречались нарушения в экспрессивной речи: монологической - у 91,9%, диалогической речи - у 90,5%, автоматизированной - у 18,9% больных. Речь больных была неплавной (у 68,9%), замедленной (у 64,9%). Отмечалось нарушение понимания ситуативно - бытовой речи (у 14,9%), удержание речевого ряда (у 41,9%).

Таблица 2.

Частота выраженности нарушений речи в клиничко - психологическом исследовании больных с ПИ в зависимости от латерализации очага (абс.%).

№ п/п	Симптомы и синдромы нарушений речевой дисфункции и других ВПФ	ППИ, n=71		ЛПИ, n=74	
		абс	%	абс.	%
1	Спонтанная и диалогическая речь	7	9,9%	67	90,5%
2	Автоматизированная речь	3	4,2%	14	18,9%
3	Повествовательная (монологическая) речь	10	14,1%	68	91,9%
4	Повторения слов	0	0,0%	38	51,4%
5	Повторение простых предложений	0	0,0%	46	62,2%
6	Успешность выполнения проб, на исслед. слухо-речевой памяти	10	14,1%	33	44,6%
7	Плавность речи	7	9,9%	51	68,9%
8	Темп речи	24	33,8%	48	64,9%
9	Просодические (мелодически - интонационные) характеристики речи	31	43,7%	25	33,8%
10	Понимание ситуат. - бытовой речи	3	4,2%	11	14,9%
11	Удержание речевого ряда	16	22,5%	31	41,9%
12	Автоматизированные счетные операции	3	4,2%	0	0,0%
13	Оральный праксис	0	0,0%	53	71,6%
14	Узнавание знакомых лиц	13	18,3%	0	0,0%
15	Узнавание и идентификация незнакомых лиц	19	26,8%	0	0,0%
16	Право - левая ориентировка	10	14,1%	17	23,0%
17	Ориентировка в реальном пространстве	6	14,1%	0	0,0%

Данные речевые нарушения представлены в виде комплексных симптомов эфферентной моторной афазии и корковой дизартрии, умеренно и легко выраженных (Хомская Е.Д., 2004), проявляющихся, в первую очередь, в произносительных трудностях в приступе к слову, напряжении, заикания, смазанности произношения, наличия perseverаций, парафазий, моторного аграмматизма. Нарушалось повторение слов (у 51,4%), простых фраз (у 62,2%). У 71,6% больных обнаруживались нарушения орального

праксиса при выполнении серии оральных движений. При корковой дизартрии выявлялись нарушения без патологии внутренней речи, проявляющиеся в произносительных трудностях (смазанность звуков, напряжение) (у 25%). У четверти больных нарушалась право - левая ориентировка (у 23,0%).

Таким образом, уже клинико - психологическое исследование с целенаправленной активацией речевой активности при акценте в беседе на эмоционально значимые темы позволило выявить основные различия у больных с разнополушарной локализацией очагов ишемизации мозга и ОНМК.

В клинико - психологическом исследовании в остром периоде у пациентов 1 группы мужского пола нарушения присутствовали во всех исследуемых субтестах этого блока, но с различной степенью выраженности, как показано в таблице 3. Эти нарушения относятся к категории средне выраженных. У данной группы больных имелись легкие артикуляторные нарушения в виде уплощения (у 25% больных), оглушения (у 22% больных) звуков. У некоторых больных создавалась видимость акцента (у 18% больных). Из-за монотонности высказывания, силы звучания, изменения темпа речи (замедления или ускорения), речь была недостаточно разборчивой, трудной для восприятия (у 55% больных).

У левополушарных больных объем слухоречевой памяти был нарушен в средней степени - $1,2 \pm 0,4$. Больные с наиболее выраженными расстройствами могли повторить только серию из двух слов из двух предложенных экспериментатором и сразу после называния.

Таблица 3.

Степень выраженности нарушений экспрессивной речи в блоке «Экспрессивная речь» женщин и мужчин с ИИ в динамике.

№ п/п	Симптомы и синдромы нарушений речевой дисфункции и других ВПФ	ППИ, n=71		ЛПИ, n=74		Достоверность различий между			
		муж	жен	муж	жен				
		А	В	а	в	А-В	А-а	а-в	В-в
1	Спонтанная и диалогическая речь	0,5±0,1	0,2±0,01	0,05±0,002	0,01±0,05	p<0,05	p<0,01	p<0,01	p<0,01
2	Автоматизированная речь	0,1±0,1	0,01±0,001	0,01±0,001	0,01±0,05	p<0,05	p<0,01	p<0,01	p<0,01
3	Повествовательная речь	0,7±0,1	0,4±0,1	0,07±0,01	0,01±0,02	p<0,05	p<0,05	-	p<0,05
4	Повторение слов	0,3±0,1	0,1±0,01	0,03±0,01	0,15±0,01	p<0,05	p<0,05	-	p<0,01
5	Повторение серий слов	—	0,2±0,1	0,01±0,001	0,12±0,02	—	p<0,05	-	p<0,05
6	Повторение фраз	0,4±0,1	0,1±0,01	0,01±0,001	0,01±0,02	p<0,05	p<0,05	-	p<0,01
7	Называние изображений предметов	—	0,1±0,01	0,01±0,001	0,01±0,03	—	p<0,01	-	p<0,01
8	Называние частей тела	—	0,2±0,1	0,1±0,01	0,3±0,02	—	p<0,05	-	p<0,05
9	Пробы, направ. на исследов. слухоречевой памяти.	0,3±0,1	0,2±0,02	0,02±0,01	0,03±0,02	p<0,05	p<0,05	-	p<0,01
10	Интонационные характеристики речи	1,2±0,1	0,6±0,2	0,2±0,05	0,4±0,02	p<0,05	p<0,01	-	p<0,01
11	Темп речи	1,2±0,1	0,3±0,1	0,05±0,01	0,5±0,02	p<0,05	p<0,01	-	p<0,01
12	Плавность речи	0,5±0,1	0,2±0,1	0,05±0,01	0,5±0,1	p<0,01	p<0,05	-	p<0,01
13	Суммарный балл в блоке	-	8,4±2,5	1,9±0,41	0,8±0,1	-	-	-	p<0,05
14	Удельная блоковая оценка (M±t)	-	0,7±0,2	0,2±0,03	0,6±0,02	-	-	-	p<0,05

Нарушенными были показатели субтеста «Интонационные характеристики речи» - $1,4 \pm 0,3$. У наиболее тяжелых больных отмечалось замедление темпа речи - $1,5 \pm 0,4$, плавности речи - $1,6 \pm 0,5$. Повествовательная речь была запинаящейся, с искажением ритмико-мелодической структуры, характеризующейся затрудненностью, напряженностью, продолжительными паузами между словами или в середине слова. Интонирование резко менялось от понижения к повышению и обратно к понижению, так что нормальный мелодический строй искажался. У больных с более легкими нарушениями нарушалось свободное течение речи, присутствовала затрудненность, напряженность, паузы между словами.

В острый период у левополушарных больных при относительно-удовлетворительном состоянии было проведено исследование субтеста «Экспрессивная речь» по расширенной программе стационарно или на дому у больных. Удельная блоковая оценка блока «Экспрессивная речь» на первом этапе у левополушарных больных - $0,7 \pm 0,02$.

У левополушарных больных выполнение субтестов в исследовании экспрессивной речи улучшились. Наиболее сохранной для всех подгрупп левополушарных больных оказалась автоматизированная речь - $0,3 \pm 0,1$ при $0,4 \pm 0,1$ ($p < 0,01$) на начальном этапе. У наиболее тяжелых больных возникали редкие персеверации, единичные парафазии. Спонтанная и диалогическая речь улучшилась более, чем в два раза: $0,5 \pm 0,1$ при $1,2 \pm 0,3$ ($p < 0,01$) на начальном этапе. (т.3)

У больных с ППИ спонтанная и диалогическая речь стала фразовой, но синтаксически упрощенной, иногда обедненной лексически, уменьшилось количество парафазий, персевераций. Увеличился используемый словарь. Стал возможен диалог с подсказкой одной, двух первых артикулем. У больных с ЛПИ спонтанная и диалогическая стала менее замедленной, напряженной, монотонной, неплавной. Повествовательная речь улучшилась более чем в два раза - $0,9 \pm 0,3$ при $2,0 \pm 0,2$ ($p < 0,05$) на начальном этапе, но оставалась замедленной, напряженной, монотонной, неплавной. В повествовательной речи у больных с наиболее выраженными нарушениями (в нашем исследовании) регрессировал экспрессивный аграмматизм типа «телеграфного» стиля. Увеличилось количество глаголов. Уменьшилось количество пауз, персевераций, литеральных парафазий. Уменьшились произносительные трудности в виде затруднений в приступе к слову. У другой части больных с менее выраженными нарушениями повествовательная речь улучшилась: уменьшились обедненность фразы, стал свободнее подбор нужных слов, литеральные парафазии стали единичными. Во 2-й группе произносительные трудности проявлялись нарушениями мелодики речи, запинками, легкими затруднениями в приступе к слову, тенденцией к по-слоговому произношению. Уменьшилось количество пауз внутри

слов, особенно это стало заметно в слогах со стечением согласных. Согласные звуки оглушались в меньшей степени.

Результаты второго исследования (катамнестического наблюдения) экспрессивной речи у левополушарных больных спустя шесть месяцев от начала заболевания выявили значительный регресс имеющихся нарушений. Удельная блоковая оценка в блоке «Экспрессивная речь» в ранний реабилитационный период у левополушарных больных уменьшилась более чем в три раза - $0,2 \pm 0,03$ при $0,7 \pm 0,02$ ($p < 0,05$) на первом этапе.

Выраженность нарушений в спонтанной и диалогической речи значительно уменьшилась - $0,4 \pm 0,02$ при $0,5 \pm 0,1$ ($p < 0,01$) на первом этапе. У больных с наибольшими повреждениями встречались редкие литеральные парафазии, особенно при увеличении вербального материала, при волнении и утомлении. Нарушения автоматизированной речи практически регрессировали - $0,05 \pm 0,02$ при $0,5 \pm 0,1$ ($p < 0,05$) на первом этапе. Только у некоторых больных возникали редкие персеверации. Оставались затруднения и в повествовательной речи - $0,2 \pm 0,02$ при $0,5 \pm 0,1$ ($p < 0,05$) на первом этапе. У больных с повреждениями средней степени выраженности встречались литеральные парафазии; при увеличении вербального материала, при волнении и утомлении их количество увеличивалось. Встречались аграмматичные обороты речи, несогласованность слов во фразе, избыточность субъекта, предиката или объекта. Значительно улучшилось повторение серий слов - $0,2 \pm 0,02$ при $1,0 \pm 0,3$ ($p < 0,05$) на первом этапе; фраз - $0,2 \pm 0,02$ при $1,2 \pm 0,5$ ($p < 0,05$) на первом этапе. Успешность проб, направленных на исследование слухоречевой памяти улучшилась в три раза - $0,2 \pm 0,02$ при $0,6 \pm 0,1$ ($p < 0,05$) на первом этапе. Больных с повреждениями средней степени выраженности могли повторить 2-3 слова из трех предложенных. Более сохранные больные повторяли 3-4 слова из четырех предложенных. У некоторых больных отмечалось нарушение плавности речи - $0,4 \pm 0,01$ при $1,1 \pm 0,2$ ($p < 0,05$) на первом этапе; замедленность речи - $0,3 \pm 0,1$ при $0,9 \pm 0,3$ ($p < 0,05$), на первом этапе, особенно при произнесении труднопроизносимых слов со стечением согласных, редко встречающихся словах, во фразах. Имели место интонационные нарушения речи - $0,1 \pm 0,05$ при $0,7 \pm 0,2$ ($p < 0,05$) на первом этапе.

Итак, результаты сравнительного анализа показали, что для обеих групп больных в данном блоке в острый период все исследуемые в острый период восстановления субтесты блока «Экспрессивная речь» у правополушарных и левополушарных больных были нарушены, но по - разному и в разной степени. Наиболее затруднительными с наибольшим оценочным баллом для правополушарных больных в начале восстановительного обучения оказались субтесты «Просодии» - $1,2 \pm 0,1$, «Темп речи» - $1,2 \pm 0,1$, «Плавность речи» - $0,5 \pm 0,1$. Менее затруднительной была «Спонтанная и диалогическая речь» - $0,5 \pm 0,1$ и

«Повествовательная речь» - $0,7 \pm 0,1$. Данные нарушения были названы нами «правополушарной корковой дизартрией». Затруднительными, с превышающим в 3 раза оценочным баллом по сравнению с правополушарными больными, для левополушарных больных в начале восстановительного обучения оказались почти все субтесты. Самые грубые речевые нарушения отмечались у больных с эфферентной моторной афазией умеренной степени, когда нарушения были во всех видах внешней и внутренней речи. Оценочный балл у левополушарных больных в субтесте «Спонтанная и диалогическая речь» - $1,2 \pm 0,3$, а у правополушарных больных - $0,5 \pm 0,1$. Левополушарные больные допускали ошибки, также, при подборе слов; а главным дефектом были произносительные трудности в виде затруднений в приступе к слову с искажением первой артикуляции, приводящей к литеральным парафазиям и персеверациям. У больных с премоторной апраксической дизартрией были только произносительные трудности. Речь этих больных была замедлена, монотонна и часто чрезмерно громкая. Грамматический строй и словарный состав не нарушался. Затруднения возникали при переключении с одного звука на другой, возникали персеверации, паузы, напряженность. Средний балл у левополушарных больных в субтесте «Повествовательная речь» - $2,0 \pm 0,2$, а у правополушарных больных оценочный балл был значительно ниже - $0,56 \pm 0,1$. Не смотря на умеренную степень выраженности эфферентной (вербальной) моторной афазии у левополушарных больных, были нарушены несколько уровней речи - семантический, фонологический, синтаксический, а также отмечалось нарушение просодии и артикуляции. Повествовательная речь была возможна, но отмечались некоторые трудности при подборе слов. Произносительные трудности проявлялись в виде затруднений в приступе к слову с искажением первой артикулемы, запинаниями, напряжением. В речи больных присутствовали литеральные, иногда - вербальные парафазии. Парафазии характеризовались относительной стабильностью. При попытках избежать трудностей произношения возникали персеверации. Отмечалось значительное укорочение и обеднение фразы, выявлялась моторная диспросодия. В речи обнаруживались напряженность, продолжительные паузы между словами и в середине слов. Нарушалось свободное течение речи. А у правополушарных больных в данных субтестах имелись только легкие артикуляторные нарушения в виде уплощения, оглушения звуков. У некоторых больных создавалась видимость акцента. Из - за монотонности высказывания, силы звучания, изменения темпа речи (замедления или ускорения) речь была малоразборчивой, трудной для восприятия, выявлялись произносительные трудности в легкой степени и диспросодии. Столь высокий балл у правополушарных больных в значительной степени обусловлен наличием общемозговой симптоматики. В шесть раз выше оценочный балл у левополушарных больных, чем у правополушарных больных был

при повторении слов - $1,9 \pm 0,1$ и $0,3 \pm 0,1$ соответственно, фраз - $2,2 \pm 0,3$ и $0,4 \pm 0,1$ соответственно. Произносительные трудности у левополушарных больных проявлялись при повторении длинных труднопроизносимых слов и фраз возникали в виде затруднений в приступе к слову, возникновении стойких литеральных парафазий, персевераций, пауз внутри слов. Во фразах сохранялись произносительные трудности и нарушение интонаций. А у правополушарных больных имелись легкие артикуляторные нарушения в словах, во фразах отмечалась монотонность. У левополушарных больных объем слухоречевой памяти был нарушен в четыре раза больше - $1,2 \pm 0,4$, чем у правополушарных больных - $0,3 \pm 0,1$. Правополушарные больные при повторении не связанных по смыслу слов повторяли 3 слова из 3 - 4 слов, а левополушарные больные - 1-2 слова из 2 предложенных слов. Оценочный балл субтеста «Интонационные характеристики речи» у левополушарных больных - $1,4 \pm 0,3$ был выше оценочного балла у правополушарных больных - $1,2 \pm 0,1$. У левополушарных больных замедлялся темп речи - $1,4 \pm 0,3$ из-за произносительных трудностей в виде затрудненности в приступе к слову, попытках исправить ошибку, приводящих к литеральным парафазиям, персеверациям, а также из-за трудностей подбора слов, в построении фразы. У правополушарных больных темп речи либо замедлялся, либо ускорялся, при попытках изменить темп речи, темп нормализовывался на некоторое время, а затем опять нарушался - $1,2 \pm 0,1$. Речь у левополушарных больных, из-за трудностей произношения, приводящим к напряженности, паузам внутри длинных слов и затруднениями в подборе нужных слов, увеличивающем число пауз, была неплавной - $1,6 \pm 0,5$. У правополушарных больных нарушения плавности речи выражались значительно меньше - $0,5 \pm 0,1$.

На первом этапе (клинико - амбулаторном) в первом полном исследовании в обеих подгруппах выраженность симптомов и синдромов речевой дисфункции уменьшились.

Удельная блоковая оценка в блоке «Экспрессивная речь» на первом этапе у правополушарных больных - $0,25 \pm 0,1$, что в два с лишним раза меньше, чем у левополушарных больных - $0,7 \pm 0,2$.

У правополушарных больных самый высокий оценочный балл оставался в субтесте «Интонационные характеристики речи». Оценочные баллы субтестов значительно уменьшились: «Просодии» - $0,6 \pm 0,2$ при $1,2 \pm 0,1$ ($p < 0,05$) на начальном этапе; «Темп речи» - $0,3 \pm 0,1$ при $1,2 \pm 0,1$ ($p < 0,05$) на начальном этапе; «Плавность речи» - $0,2 \pm 0,1$ при $0,5 \pm 0,1$ ($p < 0,05$) на начальном этапе. У левополушарных больных оценочный балл по интонационным характеристикам речи снизился в 2 раза, но оставался высоким - $0,7 \pm 0,2$ при $1,4 \pm 0,3$ ($p < 0,05$) на начальном этапе. Темп речи улучшился почти на половину, но оставался замедленным - $0,9 \pm 0,3$ при $1,5 \pm 0,4$ ($p < 0,01$) на начальном этапе. Плавность речи

улучшилась на треть - $1,1 \pm 0,5$ при $1,6 \pm 0,4$ ($p < 0,05$) на начальном этапе; особенно заметно улучшилось произношение простых слов; выразительность речи улучшились в два раза - $0,7 \pm 0,3$ при $1,4 \pm 0,3$ ($p < 0,05$) на начальном этапе. Данные нарушения выявлялись при повторении длинных труднопроизносимых слов и фраз. В повествовательной речи оценочный балл у левополушарных больных уменьшился вдвое - $0,9 \pm 0,3$ при $2,0 \pm 0,2$ ($p < 0,01$) на начальном этапе, превышал в два с лишним раза оценочный балл; у правополушарных больных - $0,4 \pm 0,1$ при $0,7 \pm 0,1$ ($p < 0,05$) на начальном этапе. Повествовательная речь у левополушарных больных стала фразовой, у больных со средней степенью нарушений «телеграфный стиль» регрессировал, но встречались аграмматичные обороты речи, не соблюдалась последовательность изложения событий, преобладала номинативная лексика, встречались стойкие парафазии, персеверации. Оценочный балл при повторении слов снизился на треть - $0,6 \pm 0,2$ при $1,9 \pm 0,1$ ($p < 0,01$) в начале восстановительного обучения, серий слов уменьшился в два раза - $1,0 \pm 0,3$, фраз - $1,2 \pm 0,5$ при $2,2 \pm 0,3$ ($p < 0,05$) на начальном этапе, что значительно выше у левополушарных больных, чем у правополушарных. У правополушарных больных повторение слов улучшилось в три раза - $0,1 \pm 0,01$ при $0,3 \pm 0,1$ ($p < 0,05$) на начальном этапе, серий слов на треть - $0,3 \pm 0,01$, фраз в два раза - $0,2 \pm 0,01$ при $0,4 \pm 0,1$ ($p < 0,05$) на начальном этапе. Субтест «Называние частей тела» был нарушен у правополушарных больных меньше на треть - $0,2 \pm 0,1$, чем у левополушарных - $0,3 \pm 0,01$. Нарушения в субтесте «Называние изображений предметов» более выражены у левополушарных больных - $0,3 \pm 0,01$, чем у правополушарных больных - $0,1 \pm 0,01$. Оценочный балл в субтесте на речевую память у правополушарных больных был ниже в три раза - $0,2 \pm 0,1$ при $0,3 \pm 0,1$ ($p < 0,05$), на начальном этапе, чем у левополушарных больных - $0,6 \pm 0,1$ при $1,2 \pm 0,4$ ($p < 0,05$) на начальном этапе. Если у правополушарных больных выявлялись ошибки из-за нарушения произвольного внимания, то у левополушарных больных отмечалось снижение слухоречевой памяти более значительно, повторение не связанных по смыслу 2 слов было возможно только из ряда, состоящего из 2 - 3 слов.

Удельная блоковая оценка в блоке «Экспрессивная речь» в период реабилитации больше - $0,2 \pm 0,03$ при $0,7 \pm 0,2$ ($p < 0,05$) на у левополушарных больных в три раза первом этапе, чем у правополушарных больных - $0,06 \pm 0,02$ при $0,3 \pm 0,1$ ($p < 0,05$) в остром периоде. В раннем реабилитационном периоде у правополушарных больных произошел значительный регресс всех симптомов и синдромов речевой дисфункции. Оценочный балл у правополушарных больных спонтанной и диалогической речи - $0,05 \pm 0,002$ при $0,2 \pm 0,1$ ($p < 0,01$) на первом этапе, автоматизированной речи - $0,01 \pm 0,001$ при $0,015 \pm 0,001$ ($p < 0,01$) на первом этапе, повторение слов - $0,03 \pm 0,01$ при $0,1 \pm 0,01$ ($p < 0,01$) на первом этапе, серий

слов - $0,01 \pm 0,001$ при $0,2 \pm 0,1$ ($p < 0,01$) на первом этапе, фраз $0,01 \pm 0,001$ при $0,1 \pm 0,01$ ($p < 0,01$) на первом этапе, называние изображений предметов $0,01 \pm 0,001$ при $0,1 \pm 0,01$ ($p < 0,01$) на первом этапе, слухоречевая память - $0,02 \pm 0,01$ при $0,2 \pm 0,01$ ($p < 0,01$) на первом этапе. Повествовательная речь была практически без нарушений - $0,07 \pm 0,01$ при $0,4 \pm 0,1$ ($p < 0,05$) на первом этапе.

Самыми нарушенными оставался субтест: «Интонационные характеристики речи» - $0,2 \pm 0,05$ при $0,6 \pm 0,2$ ($p < 0,05$) на первом этапе. У некоторых больных отмечалась монотонность речи, видимость акцента. У левополушарных больных спонтанная и диалогическая речь, также, практически восстановилась, но у некоторых больных выявлялись редкие аграмматизмы, представляющие собой дефекты в области словообразования и словоизменения - $0,1 \pm 0,02$ при $0,5 \pm 0,1$ ($p < 0,01$) на первом этапе. У трети больных отмечалось нарушение плавности речи - $0,4 \pm 0,1$ при $1,1 \pm 0,2$ ($p < 0,05$) на первом этапе, замедленность речи - $0,3 \pm 0,01$ при $0,9 \pm 0,3$ ($p < 0,05$) на первом этапе, интонирования речи - $0,1 \pm 0,05$ при $0,7 \pm 0,2$ ($p < 0,05$) на первом этапе, особенно при произнесении труднопроизносимых • слов со стечением согласных. Эти же дефекты были представлены в повествовательной речи больных - $0,2 \pm 0,03$ при $0,9 \pm 0,3$ ($p < 0,05$) на первом этапе.

Итак, самыми нарушенными у левополушарных больных оставались субтесты: повествовательная речь - $0,2 \pm 0,03$, повторение серий слов - $0,2 \pm 0,02$, повторение фраз - $0,2 \pm 0,01$, темп речи - $0,3 \pm 0,01$, плавность речи - $0,3 \pm 0,01$. У левополушарных больных с наибольшими повреждениями в повествовательной речи при увеличении вербального материала, при волнении и утомлении встречались литеральные парафазии, отдельные аграмматизмы. Причем у пациентов женского пола эти отличия были более выраженными. С достоверным различием по субтестам повествовательная речь, повторение серий слов, повторение фраз, темп речи, плавность речи.

1. При поражении левого (доминантного по речи) полушария определяются «типичные» нейропсихологические симптомы, определяющиеся общим премоторным синдромом: нарушениями экспрессивной и импрессивной речи, характерных для эфферентной моторной афазии. Эти расстройства обусловлены общими механизмами нарушения сукцессивной составляющей организации движений и действий, развернутых во времени. 2. В процессе восстановительного обучения у левополушарных больных отмечается в первую очередь положительная динамика симптомов нарушений ВПФ. При левополушарных очагах к концу клиничко- амбулаторного этапа реабилитации у большинства больных существенно, расширился словарный запас и улучшилось понимание сложных грамматических конструкций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенных нами исследований позволяют отразить особенности нейропсихологических проявлений у больных в остром периоде МИ. Полученные результаты следует использовать при разработке конкретных реабилитационных программ в острейшем и остром периодах ИИ с учетом латерализации очага поражения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авин А.И. Амбилатеральная организация психических функций, ее вероятные механизмы и адаптивная роль. Современные направления исследований функциональной межполушарной асимметрии и пластичности мозга. Материалы Всерос. конф. с межд. участием. М 2010; 28—31.
2. Буклина, С.Б. Нарушения высших психических функций при поражении глубоких и стволовых структур мозга / С.Б. Буклина. – М. : МЕДпресс-информ, 2016. – С. 236-247.
3. Гуреева И.Л., Гомзякова Н.А., Селькин М.Д., Исаева Е.Р., Голиков К.В. Нейропсихологические изменения у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения // Вестник психологии- 2017-Т.10, №4. С.28-36.
4. Ковальчук В. В., Скоромец А. А. Результаты исследования воздействия нейропсихологической реабилитации на восстановление речи у пациентов, перенесших инсульт // Инсульт. 2006. - № 18. - С. 58-62.
5. Шкловский В. М., Визель Т. Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. М.: «Ассоциация дефектологов»; 2000. - 96с.