Выпускная квалификационная работа

**Логопедическая работа с больными, перенесшими инсульт**

**Содержание.**

**Введение.**

**Глава 1. Особенности речи при острых нарушениях мозгового кровообращения**

1.1. Речевые нарушения у больных перенесших инсульт

# 1. 2. Виды афазии

## 1.3. Дизартрия как следствие инсульта

1.4. Нарушение темпа речи виде полтерн, у больных после инсульта

**Глава 2. Состояние речи больных, перенесших инсульт.**

2.1. Задачи, организация и методика проведения исследования

* 1. Анализ результатов исследования

**Глава 3. Логопедическая работа с больными, перенесшими инсульт.**

3.1. Основные направления логопедической работы с больными экспериментальной группы

3.2. Приёмы восстановительного обучения, используемые в ходе

эксперимента

3.3. Обсуждение результатов экспериментального обучения

**Заключение**

**Библиография.**

**Приложение**

**Введение.**

**Актуальность.** Нарушения мозгового кровообращения нередко оставляют дефекты, приводящие больных к инвалидности — спастические парезы, нарушения координации, афазии. Преодоление этих дефектов и реабилитация таких больных представляют известные трудности и требуют упорной работы как специалистов по восстановлению, так и самих больных.

Речь — комплексная функция головного мозга является главным средством общения. Расстройства речи в виде афазий возникают при поражении, так называемых, речевых зон мозга, расположенных в заднем отделе нижней лобной извилины, в верхней височной извилине, нижней теменной доле и на стыке теменной, височной и затылочной областей доми­нантного полушария. Афазии обычно связаны с агнозиями, апраксиями и другими сложными нарушениями высших кор­ковых функций (А. Р. Лурия, 1947, 1968, 1973).

Формы расстройств речи и динамика ее восстановления при афазии сосудистого происхождения зависят от комплек­са клинических факторов, таких как: тяжесть и распространенность основного заболевания, характер нарушения мозгового кровообращения (кровоизлияние или ишемия), состояния кровоснабжения поврежденной области, локализация и размеры очага повреждения, соотношение деструктивных и нейродинамических изменений в очаге и, наконец, от состояния не пострадавших отделов мозга. Последние, в том числе противоположное полушарие (правое), принимает участие в компенсации нарушенных функций (Е. В. Шмидт, 1954; Р. Я. Ткачев, 1955, 1961; И. М. Тонконогий, 1968; Л. Г. Столярова, 1973).

  **Цель выпускной квалификационной работы**: определить пути логопедического воздействия по восстановлению нарушенных функций речи у пациентов при острых нарушениях мозгового кровообращения.

**Гипотеза:** содержание восстановительной работы у больных с острым нарушением мозгового кровообращения определяется локализацией и тяжестью поражения головного мозга.

**Объект:**  особенности речи больных с поражением различных отделов головного мозга.

**Предмет**: содержание восстановительной работы в зависимости от локализации поражения головного мозга.

Исходя из цели выдвинутой нами гипотезы, мы поставили перед собой следующие **задачи**:

1. Проанализировать имеющуюся психолого-педагогическую, медицинскую литературу по данной проблеме и обобщить сведения по данной теме.
2. Охарактеризовать состояние устной и письменной стороны речи у больных перенесших острые нарушения мозгового кровообращения.
3. Наметить пути коррекционно-восстановительного обучения больных и проанализировать результаты восстановительного обучения.

**Практическая значимость:** результаты данной выпускной квалификационной работы будут интересны логопедам, неврологам, работающим с данной категорией больных, а также родственникам пациентов, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения и страдающих афазией.

**Методы исследования**:

1.Теоретический: анализ педагогической, психологической, медицинской, специальной литературы.

2.Социолого-педагогический: (изучение анкетных данных, изучение речевых карт, изучение медицинской документации, знакомство с опытом работы педагогов-логопедов, работающих с данной категорией больных).

3.Экспериментальный метод (проведение констатирующего, обучающего и контрольного экспериментов).

4.Статистический метод (количественная и качественная обработка данных).

**Организация исследования.** Данная работа проводилась на базе неврологического отделения ГУЗ РКДЦ МЗ УР.

 **Структура работы**: данная работа состоит из введения, трех глав, заключения, библиографии, включающей в себя 57 источника и приложения.

**Глава 1. Особенности речи при острых нарушениях мозгового кровообращения.**

**1.1. Речевые нарушения у больных, перенесших инсульт.**

Различают две основных разновидности мозгового инсульта: геморрагический и ишемический. Для геморрагического инсульта характерны такие кровоизлияния как паренхиматозное, кровоизлияние в мозговой ствол, кровоизлияние в полушарии мозжечка, субарахноидальные кровоизлияния, внутрижелудочковые кровоизлияния. Наиболее часто отмечаются при инсультах гемипарез или гемиплегия, гемигипестезия или гемианестезия. Обширные кровоизлияния обуславливают расстройство речи (афазия), гнозиса и праксиса, гемианопсию и т.д.

Расстройство речи, письма и чтения, нарушение счета, оптического (зрительного) и акустического (слухового) гнозиса, сложных видов праксиса, закономерностей поведения могут не только служить показателями нарушений деятельности мозга, но и указывать на место его повреждения, т.е. приобретают топическое значение.

Речь возникла как средство общения, коммуникации, и поэтому для реализации этой ее функции необходимо наличие минимум двух субъектов - говорящего и слушающего. Речь говорящего – экспрессивная речь – начинается с мотива высказывания, общей мысли, которая с помощью внутренней речи «кодируется» в речевые схемы, превращающиеся в развернутую речь по определенным законам грамматики. Речь слушающего - импрессивная речь - это восприятие чужой речи, декодирование ее, выделение существенных элементов, сокращения их до некоторой речевой схемы, превращаемой затем при помощи «внутренней речи» в общую мысль, высказывание с соответствующим смыслом. Функциональная система речи объединяет различные отделы больших полушарий мозга. Единого «центра речи» не существует. В основном корковое представительство функциональной речевой системы связано с заднелобными, височными и теменными областями коры, т.е. с цитоархитектоническими полями. Именно при поражении этих участков и возникают речевые нарушения. Различные звенья сложной функциональной системы, обеспечивают выполнение различных функций, в сложной деятельности этой системы и поэтому поражение различных ее отделов при органических поражениях проявляется различными клиническими симптомами.

# 1. 2. Виды афазии.

**Афазия** (от греч. фазис- речь, а – отрицание) называется нарушение речевой деятельности, возникающее при органических поражениях левого (у правшей) полушария, не связанное с двигательными дефектами речевой мускулатуры или нарушениями элементарного слуха. [19]

Сложность речевого расстройства при афазии зависит от локализации поражения (например, расположение очага поражения при кровоизлиянии в подкорковых отделах мозга позволяет надеяться на спонтанное восстановление речи). Величины очага поражения, особенностей остаточных и функционально сохранных элементов речевой деятельности, при левшестве, реакция личности больного на речевой дефект и особенности преморбидного строения функции (например, степень автоматизации чтения) определяют фон восстановительного обучения. Нарушение активной речи, называются моторной афазией, нарушения понимания речи – сенсорной афазией. Впервые попытка объяснить моторную афазию была сделана в 1861 г. выдающимся французским анатомом и антропологом П.Брока. Французский врач продемонстрировал мозг больного афазией с обширным размягчением в задних отделах нижней лобной извилины левого полушария (корковых полях 44 и 45 современного обозначения). Врач считал, что получил доказательство локализации центра устной речи в лобных отделах мозга.

В 1874г. Вернике описал 10 больных с поражением височных отделов коры головного мозга слева с нарушениями речи и своеобразными расстройствами экспрессивной речи, письма и чтения. [21]

А.Р.Лурия различает шесть форм афазий: акустико-гностическую и акустико-мнестическую афазии, возникающие при поражении височных отделов коры головного мозга, **семантическую афазию и** **афферентную моторную афазию,** возникающие при поражении нижних теменных отделов коры головного мозга, **эфферентную моторную афазию и динамическую афазию**, возникающие при поражении премоторных и заднелобных отделов коры головного мозга (слева у правшей). [7]

При поражении речевых зон происходит нарушение так называемой первичной предпосылки, осуществляющей специфическую деятельность соответствующей анализаторной системы. На основе первичного анализаторного нарушения возникает вторичный, также специфический, распад всей функциональной системы языка и речи, т.е. возникает нарушение всех видов речевой деятельности: понимания речи, устной и письменной речи, счета и т.д. *АКУСТИКО-ГНОСТИЧЕСКАЯ СЕНСОРНАЯ АФАЗИЯ*

Для данной формы афазии характерно нарушение понимания речи при восприятии ее на слух. В основе речевой акустической агнозии лежит нарушение фонематического слуха. Чужая речь воспринимается как нечленораздельный поток звуков. Непонимание речи окружающих и отсутствие явных двигательных нарушений приводит к тому, что больные не всегда сразу осознают у себя наличие речевого расстройства связанного с инсультом или травмой.

При сенсорной афазии с трудом улавливается на слух корневая лексико-семантическая часть слова, в результате чего обнаруживается потеря его предметной отнесенности. Однако категориальная отнесенность слова может быть “воспринята”. Например, услышав слово колокольчик, больной говорит: “Это что-то маленькое, а что не знаю”. У больных при акустико – гностической сенсорной афазии расстраивается слуховой контроль за своей речью. Из – за чего возникает множество литературных и вербальных парафазий.

Речь у больного на раннем может быть абсолютно непонятной для окружающих, она состоит из случайных наборов звуков, слогов, словосочетаний, что получило название “жаргонофазии” или “речевой окрошки”.[7,32 ]

Из-за нарушения фонематического восприятия вторично страдает повторение слов, утрачивается ритмико- мелодическую основа. Период жаргонофазии продолжается не более 1,5 – 2 месяцев, постепенно уступая место логорее с выраженным аграматизмом. В исследовании номинативной функции при сенсорной, акустико-гностической афазии наряду с правильным называнием наблюдаются попытки объяснить значение слова или найти его через фразеологический контекст. Например, при назывании яблока произносится: “ ну. Как же… я отлично знаю, что это груша , не груша ,…а кисленькое яблоко” и т п.

 При чтении появляется множество литературных парафазий, возникает затруднение в нахождении места ударения в слове, из-за чего осложняется и понимание прочитанного. Но чтение остается наиболее сохранной речевой функцией при сенсорной афазией.

Письменная речь нарушена в большей степени и находится в прямой зависимости от состояния фонематического слуха.

Грубые нарушения счета при сенсорной акустико-гностической афазии наблюдаются лишь на самом раннем этапе. [32,31]

#  *АКУСТИКО – МНЕСТИЧЕСКАЯ АФАЗИЯ*

Акустико - мнестическая афазия возникает при поражении средних и задних отделов височной области. А.Р. Лурия считал, что в ее основе лежит снижение слухоречевой памяти, которое вызвано повышенной тормозностью слуховых следов. Для акустико - мнестической афазии характерна диссоциация между относительно сохранной способностью повторить отдельные слова и нарушением возможности повторения трех-четырех не связанных по смыслу слов (например: рука-дом-небо и т.д.)

При акустико - мнестической афазии нарушение речевой памяти является основным дефектом, т.к. оказываются сохраненными фонематический слух, артикуляторная сторона речи. Повышенная речевая активность компенсирует трудности коммуникации. Слухоречевую память этих больных отличает большая инертность.

Нарушение объема удержания речевой информации, ее тормозимость приводит к трудностям понимания при этой форме афазии длинных, многосложных высказываний, состоящих из пяти-семи слов. Пациента с трудом ориентируется в беседе с двумя-тремя собеседниками, «отключается» в сложной речевой ситуации, не может посещать доклады, лекции, утомляется при восприятии музыки и радиопередач.

При оптической афазии вторым вариантом акустико - мнестической афазии- возникают трудности удержания на слух смысловой стороны речи заключаются в ослаблении и обеднении зрительных представлений о предмете, в соотношении воспринятого на слух с его зрительным представлением. Зрительное представление о предмете становится неполным, не дорисовываются те элементы предметов, которые, с одной стороны, специфичны именно для них, а с другой – связаны с многозначностью слова (например, слова носик, гребешок, ручка).

 Больные понимают значение отдельных слов. У них нет артикуляторных трудностей, они не только многоречивы, но и гиперактивны. Однако при всем этом они лишь фрагментарно понимают речь в связи с сужением слухоречевой памяти до 1-2 из 3 слов, воспринятых на слух. Речь обильна, малоинформативна, изобилует вербальными парафазиями, но интонационно окрашена. В письменной речи при акустико - мнестической афазии больше выступают явления экспрессивного аграмматизма, т.е. смещение предлогов, а также флексий глаголов, существительных и местоимений, главным образом, в роде и числе. Номинативная сторона письменной речи оказывается более сохранной. При записи текста под диктовку больные испытывают значительные трудности удержания в слухоречевой памяти даже фразы. Состоящей из трех слов, при этом они обращаются с просьбой повторить каждый фрагмент фразы. [7,31]

При акустико - мнестической афазии сложно воспринимается печатный текст при чтении. Это связано с нарушением сохранности слухоречевой памяти.

# *АКУСТИКО - СЕМАНТИЧЕСКАЯ АФАЗИЯ*

Семантическая афазия возникает при поражении зоны перекрытия трех долей коры головного мозга - теменной, затылочной и височной.

А.Р. Лурия отмечает, что в основе нарушения речи по типу амнестической афазии лежат распад смысловой, семантической структуры слова, обеднение ближних и далеких связей слова.

Семантическая афазия сочетается с выраженной пространственно-конструктивной апраксией, апраксией позы пальцев. У больных с семантической афазией сохраняется понимание элементарных фраз, передающих «коммуникацию событий», например : «Дети идут в лес. Они будут собирать грибы. К вечеру они должны вернутся домой». Такие фразы могут состоять из 7-11 элементов и быть свободно поняты больными с этой формой афазии.

Больные хорошо понимают значение отдельных предлогов, свободно кладут карандаш под ложку или ложку справа вилки, но не могут расположить три предмета. Больные не могут ориентироваться в сравнительных словосочетаниях типа «Коля выше Миши и ниже Васи».

 Трудности возникают при семантической афазии в решении логико-грамматических словосочетаний, передающих коммуникацию отношений типа “брат отца”-“отец брата” и т.д.

Больные затрудняются и в понимании сложных синтаксических конструкций, выражающих причинно-следственные, временные и пространственные отношения, деепричастные и причастные обороты. Не понимают метафоры, пословицы, поговорки, крылатые слова, не обнаруживается в них переносный смысл. Экспрессивная речь артикуляторно сохранна, не отмечается литературных парафазий, отсутствует выраженный агграматизм, но в письменной и устной речи больные не употребляют сложных лексических комплексов, отчего лексика становится семантически бедной. Бедность лексики выражается в редком употреблении прилагательных, наречий, описательных оборотов, причастных и деепричастных оборотов, пословиц, поговорок Смысловая интонация в речи отсутствует.

Письменная речь отличается бедностью, стереотипностью синтаксических форм, в ней мало сложносочиненных сложноподчиненных предложений. Сокращается употребление прилагательных. [43]

Нередко наблюдаются грубые нарушения счетных операций. Больные путают направление действий при решении многозначных арифметических примеров, они испытывают определенные арифметические трудности при действии с переходом через десяток, с трудом записывают со слуха многозначные числа. *АФФЕРЕНТНАЯ МОТОРНАЯ АФАЗИЯ.*

Афферентная моторная афазия возникает при поражении вторичных зон постцентральных и нижнетеменных отделов коры головного мозга, расположенных сзади от центральной или роландовой борозды.

Различают два типа этой афазии. Первый тип афазии наблюдается при поражении постцентральных отделов левого полушария как у правшей, так и у левшей, и характеризуется полной утратой экспрессивной речи. Второй тип афазии наблюдается лишь улиц, переученных в дошкольном и младшем школьном возрасте с левой руки на правую.

При первом варианте афферентной кинестетической моторной афазии выраженная апраксия артикуляционного аппарата может привести к полному отсутствию спонтанной речи. Попытки произвольного повторения звуков приводит к хаотичным движениям губ и языка, к литературным заменам. Больные дробят закрытый слог на два открытых, дробят стечения согласных в слоге, опускают согласные звуки. И при этом слова *тут, там, вот* и т.д. звучат как *ту-ть, та-мь, во-ть* и т.д.

Наблюдается быстрое восстановление понимания ситуативной разговорной речи, понимание значений отдельных слов, возможностью выполнения несложных инструкций. У больных длительно наблюдается специфические особенности нарушения понимания. Это связано с вторичным нарушением фонематического слуха. При данной форме афазии возникают трудности в распознавании на слух слов со звуками, имеющими общие признаки по месту слов со звуками, имеющими общие признаки по месту и способу артикуляции (грубые - переднеязычные, сонорные - гласные и т.д. Наблюдаются трудности понимания лексических средств языка, передающих различные сложные пространственные отношения. Трудности в понимании вызывают глаголы с приставками (завернуть, возвращаться и т. д.), в понимании значений личностных местоимений, употребляемых в косвенных падежах, что объясняется отсутствием в них предметной направленности, обилием фонематических изменений ( например, *мне-меня-мною*).

*Нарушения чтения и письма* зависит от тяжести апраксии артикуляционного аппарата. Восстановление внутреннего чтения может опережать восстановление письменной речи. При записи слов под диктовку, при письменном названии предметов, при попытках письменного общения с окружающими сказываются все артикуляционные трудности, т.е. наблюдаются множественные литературные параграфии, отражающих смешение гласных и согласных фонем, близких по месту и способу артикуляции, пропускаются согласные (сонорные).

При втором варианте афферентной моторной афазии больные с трудом сохраняют порядок букв в слове, представляют их зеркальность, пропускают гласные или же пишут сначала все согласные, а затем уже гласные, и у них сохраняется представление о наличии звука в слове, например, пропуская букву *Е* в слове *ведет*, больной ставит две точки над *Д.* [7,43 ]

 *ЭФФЕРЕНТНАЯ МОТОРНАЯ АФАЗИЯ*

 При поражении премоторной зоны возникает эфферентная моторная афазия. Линейная, временная организация движения осуществляется премоторными зонами коры головного мозга. В случае поражения вторичных полей ядерной зоны двигательные навыки нарушаются, при сохранности отдельных движений возникают двигательные персервации. При нарушении разных отделов лобных долей возникают инактивность, персервации, длительность паузы в деятельности, мыслительные и двигательные процессы утрачивают плавность, “динамическую” или “кинестатическую” сменяемость одного движения или действия другим. Исчезает плавность, мелодичность не только движений, но и речи.

Наблюдаем патологическую инертность речевых стериотипов, приводящих к звуковым, слоговым, лексическим перестановкам и повторам. Это объясняется невозможностью своевременного переключения с одного артикуляторного акта на другой, затрудняют, а иногда делают полностью невозможными устную речь, письмо, чтение.

Звуковая структура слогов при эфферентной моторной афазии не упрощается, не разрушается, но теряет свою интонационную окрашенность, становится тягучей, монотонной. Литеральные парафазии не характерны для устной речи больных с эфферентной моторной афазией, но их много в письменной речи.

Нарушение чтения и письма для эфферентной моторной афазии выражена аграфия. Запись слова или фразы возможна лишь при проговаривании слов по слогам. Часты персервации букв из предыдущих слов, персервации одного и того же слога. На поздних этапах восстановления при самостоятельном составлении текста по серии картин выявляется аграмматизм, смешиваются флекции как падежные, так и указывающие род. При грубых случаях, чтение носит угадывающий характер.

Плохо понимается переносный смысл метафор, пословиц, что объясняется трудностью переключения на иной, скрытый смысл высказывания (А.Р.Лурия,1975г.), отмечается нарушение понимания многозначности слов - коса, ключ и т.д. [ 43,44]

# *ДИНАМИЧЕСКАЯ АФАЗИЯ*

Данная афазия возникает при поражении заднелобных отделов левого доминантного по речи полушария, - блока активации, регуляции и планирования речевой деятельности. И для динамической афазии характерен основной речевой дефект - это трудность, а иногда и полная невозможность активного развертывания высказывания. Можно сказать, что в основе динамической афазии лежит нарушение внутреннего программирования высказывания, проявляющегося в трудностях его планирования при составлении отдельных фраз.

В основе при динамической афазии лежит нарушение спонтанного развернутого высказывания. При пересказе по сюжетной картинке произносятся отдельные, не связанные между собой фрагменты, не выделяются основные смысловые звенья. Например: «Вот у хозяина была курица и золотые яйца.. и он ее убил…вот!» (А.Р.Лурия,1975г.)

Могут наблюдаться псевдоамнестические трудности при назывании предметов, особенно при воспоминании фамилий или имен знакомых людей, названий городов, и.т. Подсказ первого слога слова может явиться пусковым толчком, деблокирующим инертность протекания речевого поиска слов. Испытываются значительные трудности при задании произвести обратный порядковый счет. Например, от десяти к одному.

Для динамической афазии характерно сохранное чтение и письмо .

Элементарный сет при динамической афазии остается сохранным, но при данной афазии резко нарушается решение арифметических задач, требующих построение плана действий. [7,21]

* 1. **Дизартрия как следствие инсульта.**

Органические поражения двигательных отделов центральной нервной системы обусловленные ОНМК способствуют не только нарушение речи в виде афазий, но и таким нарушением речи как дизартрия.

Дизартрия – это расстройство фонемо-фонематической стороны речи. Клинические формы дизартрии определяются в зависимости от того, какой именно отдел двигательной системы пострадал. В нашей стране признание получила топическая классификация приобретенной дизартрии Е.Н.Винарской. данная классификация в дальнейшем была применена Е.М.Мастюковой по отношению к детям.

При всех формах дизартрии нарушается звукопроизношение за счет неточной моторной установки для воспроизведения фонематических признаков. Внятность произношения снижается в связи с усилением слюноотделения и появлением характерных хлюпающих звуков. Просодические характеристики речи также нарушаются.

И в зависимости от локализации очага поражения выделяются бульбарная, псевдобульбарная, экстрапирамидная, мозжечковая и корковая формы. [21,22,23]

***Бульбарная форма*** дизартрии обусловлена поражением ядер, корешков или периферических стволов черепно-мозговых нервов, находящихся в продолговатом мозге. При таких поражениях развиваются вялые параличи в мышцах речевых органов, приводящие к потере любых движений - произвольных и непроизвольных. В связи с тем, что поражение может носить очаговый характер, соответственно из акта произношения исключаются действия тех или иных мышц. Органические движения мышц приводит к стойким расстройствам произношения. При наиболее выраженных расстройствах ассортимент произносимых звуков может быть сужен до 2-3. В речи больных появляются дополнительные призвуки, вызванные нарушением дополнительным мышечным напряжением. Внятность речи страдает пропорционально тяжести и распространенности параличей и парезов в оральной области. Нарушены как произвольные, так и непроизвольные движения. Отмечается нечеткость, приглушенность звукопроизношения, назализация звуков.

***Псевдобульбарная форма*** дизартрии возникает при поражении пирамидных путей на участке от коры до продолговатого мозга. При данной локализации очага поражения характерны спастические параличи с нарушением управления произвольными движениями. Высокоавтоматизированные движения, регулируемые на подкорковом уровне, сохраняются. В речи избирательно страдают сложные в артикуляционном отношении звуки, требующие более точных мышечных движений. Определяется повышенный тонус мышц языка и глотки, ограниченность движения губ и языка, слюнотечение, оральные синкинезии. Речь монотонная, смазанная, голос немодулированный.

***Экстрапирамидная дизартрия*** является следствием поражения экстрапирамидной системы. Нарушается управление тонусом мышц.Возникает

Дистония и наиболее характерные симптомы – гиперкинезы. Гиперкинезы проявляются в виде ритмических сокращений мышц (хореический гиперкинез) и волнообразных движений (атетоидный гиперкинез). Гиперкинезы усиливаются при усложнении движения и повышения уровня его произвольности. Поэтому при экстрапирамидной дизартрии наблюдаются расстройства произношения артикуляционно сложных звуков и выраженные нарушения просодических компонентов речи.

***Корковая дизартрия***- следствие очаговых поражений двигательных зон коры головного мозга. Характерны такие нарушения как дезорганизация сложных двигательных навыков. Иерархическая структура движений распадается, и все его элементы, по сути, уравниваются. Отсутствует плавность речи, может быть саливация.

***Мозжечкова дизартрия*** – возникает при поражении мозжечка или его проводящих путей, речь замедленная, толчкообразная, скандированная. Снижены тонус и подвижность мышц языка. Выраженные нарушения темпа и плавности речи.

* 1. **Нарушение темпа речи в виде полтерн, у больных после**

**инсульта.**

У больных с ОНМК могут также наблюдаться проявления нарушений темпа речи. Полтерн (спотыкание)- патологически ускоренная речь с наличием прерывистости темпа речи несудорожного характера (запинками, спотыканием, необоснованными паузами). Характеризуется нарушением общей и речевой моторики. Речь при спотыкании носит поверхностный и одновременно абстрактный характер и является рубленой, нечеткой по смыслу высказывания и способу артикуляция. В ней проявляются элементы аграмматизма и нарушения синтаксиса (провалы, повторения, телескопирования. вставки, нарушения согласования и управления слов во фразе), которые отражают внутренний беспорядок мышления. Речь недостаточно выразительна из-за быстроты, аритмии, захлебываний.

D.Weiss чистые формы спотыкания делит на следующие группы:

Первая группа- с моторными расстройствами; основными симптомами нарушения являются ускоренная речь и отклонения в артикуляции звуков речи.

Вторая группа- с сенсорными расстройствами; в клинике спотыкания преобладают трудности нахождения необходимых слов, имеются нарушения слухового внимания.

Третья группа- с общей трудностью трудность формулирования речи, несмотря на достаточный запас слов.

Четвертая группа - со спотыканием, при котором речь пресекается растягиванием отдельных гласных (а-а, э-э) или вставлением восклицаний, отражающих постоянные трудности в выборе слов или общих формулировок речи. [ ]22,23

**ВЫВОДЫ ПО ПЕРВОЙ ГЛАВЕ.**

1. Афазия возникает примерно в трети случаев острых нарушений мозгового кровообращения, наиболее часто наблюдается моторная афазия.
2. Сложность речевого расстройства при афазии зависит от локализации поражения, величины очаг поражения, особенностей остаточных и функционально сохранных элементов речевой деятельности.
3. Специфически системно нарушается реализация разных уровней, сторон, видов речевой деятельности. У больных афазии, дизартрии, нарушение темпа речи.
4. Коррекционно-педагогическая работа начинается с первых недель и дней с момента ОНМК или травмы по разрешению лечащего врача и под его контролем. На раннем этапе после мозгового инсульта рекомендована работа при относительно пассивном участии больного в процессе восстановления речи, без объяснения, без использования схем. Раннее начало занятий предотвращает фиксацию патологических симптомов и направляет восстановление по наиболее целесообразному пути.
5. На более поздних этапах восстановления речевых функций пациенту объясняется структура и план занятия, показывают средства, которыми он может пользоваться при выполнении задания.

**Глава 2. Состояние речи больных, перенесших инсульт.**

**2.1. Задачи, организация и методика проведения исследования.**

Было проведено обследование пациентов с нарушениями речи, перенесших нарушение мозгового кровообращения. Работа проводилась в неврологическом отделении ГУЗ РКДЦ МЗ УР.

Было обследовано 10 пациентов. Все пациенты были обследованы после острых нарушений мозгового кровообращения произошедших в разные периоды времени.

 **Цель исследования:** изучить состояниеустной и письменной речи больных, перенесших нарушения мозгового кровообращения.

  **Экспериментальная группа.**

1. ***Пациентка К.В.З.*** 1937г.р. м\сестра, пенсионерка.

Диагноз: ОНМК, по типу тромбоэмболии, моторная афазия и правосторонний гемипарез.

1. ***Пациент А.В.И.*** *,* 12.10.26г.р. ИГТУ, доцент

Диагноз: Острое нарушение мозгового кровообращения с умеренным правосторонним гемипарезом. Частичная моторная афазия.

1. Пациент П.В.В. 1939г. пенсионер

Диагноз: Последствия ОНМК (2001, 2003) с правосторонним гемипарезом и моторной афазией.

4.Пациент Г.Ф.М. 28.03.49г.р. инв.2 группы

Диагноз: Последствия перенесенного ОНМК (1998, 2003г.)

Правосторонний гемипарез, нарушение речи по принципу моторной афазии. Органические поражения ЦНС.

5. Пациент Ю.С.Г. 05.04.41г.р.

Диагноз: Остаточные явления нарушения мозгового кровообращения с развитием очага поражения в бассейне средней мозговой артерии. Выраженный правосторонний гемипарез. Моторная афазия.

6.Пациент В.И.П. 56 лет высшее образование

Диагноз: Остаточные явления ОНМК. Правосторонний парез конечностей. Периодические эпилептические приступы. Грубая моторная афазия.

7. Пациентка К.Л.Ф. 1937 г.р. пенсионер.

Диагноз: ОНМК по принципу тромбоза сосудов головного мозга, сенсорная и моторная афазия. Правосторонний гемипарез .

8. Пациент П.В.В. 1939г. пенсионер, инвалид 2 группы

Диагноз: Последствия ОНМК (2002, 2004) с правосторонним гемипарезом, моторная афазия.

9. Пациент C.B.И. 10.04.1925г.

D.S. ОНМИ правосторонний гемипарез. Моторная и сенсорная афазия.

10. Пациент М.В.Г. 19.09.57г.

Диагноз: Острое мозговое нарушение мозгового кровообращения по типу ишемического. Выраженная дизартрия, вестибулярно - мозжечковый синдром, правосторонний парез.

  **Методика исследования.**

За основу методики обследования речи, была взята методика М.К. Бурлаковой, а также использовались методические рекомендации к обследованию речи больных Э.С.Бейн, Т.Г.Визель и Л.С.Цветковой.

 ***Методика включала в себя следующие задания:***

1 Исследование общей способности больного к речевой коммуникации — беседа с целью выяснения:

а) полноты собственной речи больного;

б) понимания им ситуативной, обиходной речи;

в) степени речевой активности;

г) темпа речи, ее общих ритмико-мелодических характеристик, степени разборчивости.

2. Исследование понимания речи. С этой целью предъявляются на слух:

а) специальные устные инструкции (одночленные, типа «откройте рот!», «поднимите руку!» и многочленные, типа снимите с телефона трубку!», «возьмите со стола ручку, положите ее на подоконник, а затем спрячьте в карман!»;

нахождение предметов, «покажите окно!», «покажите нос!», серии предметов, например «покажите дверь, окно, потолок!» или «покажите нос, ухо, глаз!»;

в) короткие сюжетные тексты;

г) логико-грамматические конструкции, например «покажите, где круг под крестом, где дочкина мама, а где мамина дочка, покажите левым мизинцем правое ухо» и т. п.

3. Исследование автоматической речи:

а) прямой счет до 10 и обратный (от 10 до 0);

б) перечисление дней недели, месяцев;

в) окончание пословиц и фраз с «жестким» контекстом типа «Я мою руки холодной...», со «свободным» типа: «Мне принесли новую...» и т. д.;

г) пение песен со словами.

4. Исследование повторной речи:

а) повторение звуков, слогов, слов, различных по звуковой структуре (например, «каша», «кабинет», «катастрофа»), фраз (например, «Мальчик рисует самолет», «В магазин привезли продукты») и скороговорок («Сыворотка из-под простокваши»).

5. Исследование функции называния:

а) реальных предметов и их картинных изображений;

б) действий (ответы на вопросы — «что делать?», «что делают?»—по сюжетным картинкам;

в) цветов;

г) пальцев;

д) букв;

 е) цифр.

6. Специальные исследования особенностей фразовой речи:

а) составление фраз с предлогами и без предлогов по сюжетным картинкам;

б) конструирование фраз из заданных слов;

в) заполнение пропусков во фразах, например:

«Высоко в небе летит реактивный...»; «Я всегда умываюсь холодной...»; «В магазин привезли...»; «Я всегда с нетерпением жду...».

г) рассказ по сюжетной картинке.

7. Исследование фонематического слуха:

а) повторение пар слогов и слов с оппозиционными фоне­мами, например, «ба-па», «па-ба» и т. д., или «бочка — почка», «кот—год», угол—уголь», «мыло—Мила» и т. д.;

б) показ одного из парных слогов или слов, предъявлен­ных письменно («покажите, где написано «па», где написано «ба», где написано «год», где написано «кот» и т. п.);

в) оценка больным качества повторения, произнесенных логопедом слогов и слов с оппозиционными фонемами, который специально произносит в произвольном порядке правильные и не правильные варианты.

8. Исследование слухо - речевой памяти. Предлагается пов­торить:

а) серии звуков, например, «а с у» или «б ш а»;

б) серии слов: «дом — лес — кот», «дом — лес — кот — ночь»;

в) короткие и длинные сложно - построенные фразы.

9. Исследование смысла слов:

а) объяснение прямых значений отдельных слов, например ,ответы на вопрос: «что такое очки, для чего они нуж­ны?», «что такое радость?», какай разница между словами: «обман» и «ошибка»;

б) объяснение переносных значений слов и фраз, например, ответы на вопрос, что такое «золотое поле», «железная рука», как понимать пословицу «Что посеешь, то и пожнешь!» и т. д.

10. Исследование чтения и письма:

а) чтение и письмо под диктовку отдельных букв, слогов, слов, фраз, а также коротких текстов;

б) самостоятельное письмо слов и фраз по картинкам;

в) звуко-буквенный анализ состава слова, т. е. определение количества букв в слове; перечисление этих букв; скла­дывание слов из букв разрезной азбуки (бухштабирование).

11.Исследование орального и пространственного праксиса. Предъявляются задания:

а) высунуть язык, поднять его кверху, заложить за щеку, подуть, поцокать языком, вытянуть, растянуть губы и т. д.;

б) два раза подуть и два раза поцокать языком, чередуя эти движения несколько раз подряд;

в) повторение пространственных поз пальцев, и серий движений (например: кулак, ладонь, ребро).

 Каждое задание оценивалось только качественно, количественная оценка не давалась. Обследование проводилось индивидуально.

**2.2. Анализ результатов исследования.**

 Обследовав состояние речи больных экспериментальной группы, мы получили следующие результаты:

***1.Пациентка К.В.З. 1937г.р. м\сестра., пенсионерка.***

*Диагноз: ОНМК, по типу тромбоэмболии, моторная афазия и правосторонний гемипарез.*

При разговоре с лечащим врачом, изучении истории болезни было выявлено, что больная поступила в тяжелом состоянии с ОНМК по типу эмболии артерии головного мозга. На третий день заболевания больная была неадекватна, речь полностью отсутствовала. На просьбы по выполнению определенных манипуляций не реагировала.

Через месяц от начала, на период курации пациентка произносила только отдельные звуки.

При исследовании общей способности пациентки к речевой коммуникации установлено: на период обследования пациентка произносит только два слова «да» и « нет».Не реагирует на заданные ей вопросы .Слова («да, нет») говорит очень медленно и не четко, просто звуки. На устные инструкции (типа, «поднимите руку» и др.) не реагирует.

 На момент обследования пациентки, проверки состояния ее речи после перенесенного заболевания дальнейшее обследование согласно схеме не представляется возможным.

 **Логопедическое заключение**: Тотальная афазия.

***2.Пациент А.В.И. , 12.10.26г.р. ИГТУ, доцент***

*Диагноз: Острое нарушение мозгового кровообращения с умеренным правосторонним гемипарезом. Частичная моторная афазия.*

Находится на стационарном лечение уже третью неделю.

При обследовании больного с афазией установлено:

Речь активна, ускоренная с наличием прерывистости темпа речи несудорожного характера, при котором речь пресекается растягиванием отдельных гласных (э-э), но при разговоре идет спотыкание. На период обследования пациенту проводили постановку капельницы и при просьбе «поднять руку», «согнуть» и др. выполнял без замедлений, правильно. Предметы около своей кровати называл правильно. При просьбе рассказать о развитии заболевания, логически рассказывал все правильно, без каких-либо логико-грамматических отклонений. Рассказывал стихи Тютчева наизусть.

Согласно схеме обследования пациента с афазией отклонений грубых не наблюдалось.

 **Логопедическое заключение:** Остаточные явления моторной афазии. Проявления полтерна.

***3.Пациент C.В.И. 10.04.1925г.***

***Госпитализирован 26.11.06г., 20.12.06г. переведен из ПИТ в неврологическое отделение ГУЗ РКДЦ МЗ УР .***

*D.S. ОНМИ правосторонний гемипарез. Моторная и сенсорная афазия.*

МРТ от 22.12.06г.

В левой теменной области головного мозга определяется очаг образования с нечеткими неровными контурами, размерами 109х31 мм, гиперинтенсивное пр. Т2 и пониженной интенсивности при Т1 взвешивании. Очаговой патологии ствола мозга и мозжечка не выявлено. Смещения срединных структур нет трений и боковые желудочки расширены. Субарахноидальные пространства и ковекситальные борозды в пределах нормы. Мозолистое тело истончено. Гипофиз – размеры несколько уменьшены по высоте. На оксиальных томограммах отчетливо визуализируется поперечные контуры позвоночных артерий справа.

Данные за обширный ишемический инсульт в левой теменной области в стадии кистоформирования. Атрофические изменения головного мозга. МР - признаки изменения головного мозга. Р - признаки сужения дистальных отделов обеих позвоночных артерий.

 При обследовании динамического праксиса - (одна рука сжата, а другая развернута; кулак-ребро-ладонь повторяет, но путает и реакция замедленна.

Исследование пространственного праксиса. Пробу Хэда выполнял, но медленно, путался. По просьбе написать слово «Лена» взялся с большим энтузиазмом.

Написано было следующее: Л я я я

 Л и л л

Обследование зрительного гнозиса.

 Нарисован мяч – Что это такое ?

Ответ: Э ..э…да.

Попытка общения словесная заканчивается неудачей.

Попытки написать, например как зовут жену: З о о о

Обследование лицевого и орального праксиса.

Открыть рот – выполняет. Высунуть язык – не получается. Язык спазмирован, особенно спинка языка. Какие либо движения языком невыполнимы, не понимает положение языка, не может определить правильную позу. Часто покашливает, как будто что - то мешает. Дуть, пощелкивать языком не может.

Обследование речевых функций.

Пациент активен, стремится вступить в контакт, пытается ответить на вопросы, но речь несвязная, практически отсутствует, звучат эмболы. Очень расстраивается, что у него не получается говорить.

Было предложено повторить близкие фонемы

ПА-БА, ПА -Па-па БА не мог .Только при просьбе смотреть на рот логопеда и слушать его внимательно и повторять, повторял четко ПА-БА.

Была показа картинка из серии семья (папа, мама, баба, сын) и попросила его показать, где Папа, где Баба и повторить четко данные слова. Застревает на первом слоге. При подсказывании называет правильно.

Понимание речи - по просьбе показать дверь, лампочку и др. показывал правильно. Счет от 1 до 10 самостоятельно не получался. При повторении за логопедом повторял – ..ин,…а, ….ри, ….тыре. и т.д. Обратно сам не смог. При просьбе повторить самому счет ..ин,… ин..

Сложные словосочетания не понимает, теряется. Речь практически отсутствует.

**Логопедическое заключение**: Афферентная моторная афазия.

***4.Пациент М.В.Г. 19.09.57г***

Находился на стационарном лечении ГКБ №1 в неврологическом отделении с 23.03.06 по 14.04.06г., с 06.05.06 по 12.07.06г. повторно на стационарном лечении в ГКБ №7.

*Д.S. Острое мозговое нарушение мозгового кровообращения по типу ишемического. Выраженная дизартрия.*

МТР.

В конвекситальных отделах теменной доли правого полушария большого мозга, определяется участок патологического МР – сигнала (Т2 – режим и протонное взвешивание) с нечеткими контурами, размером до 34 х 18 мм.

В поверхностных отделах обеих гемисфер мозжечка прослеживаются (гиперинтенсивные при протонном взвешивании и режиме Т1) с нечеткими контурами, общим размером до 14 х 5 мм справа и 23 х 18 мм слева.

Очаговой патологии со стороны ствола не выявлено. Субарахноидальные пространства в теменных областях расширены, в правую затылочную область, сглажены.

Заключение: ишемический инсульт в теменной доле правого полушария головного мозга. Ишемические изменения в обеих гемисферах мозжечка.

Повторное обследование от 10.07.06г.

Повторное острое нарушение кровообращения по ишемическому типу в стволах головного мозга и обеих гемисферах мозжечка.

Выраженная дизартрия, тетрапарез, легкий вестибуло - мозжечковый синдром.

23.08.06г.

Заключение: Последствие ОНМК, мелкокистозные изменения ствола мозга и полушарий мозжечка. Ограниченный рубцово - атрофический процесс в правой затылочной доле, постишемические нарушения.

При обследовании у больного речевых и неречевых функций отклонений не было выявлено. Были выявлены нарушения обусловленные псевдобульбарной дизартрией.

Звуковые нарушения были выявлены следующие:

В – Ф (из-за недостаточного натяжения губ);

Б – М (слабое сокращение мягкого неба);

В – Ч (скольжение губ, вместо скольжения языка);

Р – звук утрачивает вибрационный характер, звонкость.

Нарушено дыхание – говорит, что недостаточно дыхания и не может полностью вздохнуть. Голос отмечает сам, изменился, стал грубоват. До заболевание был тоньше. При разговоре, начинает говорить нормально и затем голос затухает. При разговоре наблюдается салевация.

При просьбе повторить гласную “О” наблюдается оральная синкенезия.

Язык – напряжен, сложно выводится вверх, на верхнее небо. Не четко выполняет упражнения “Поцокать”, сложно – “Вкусное варенье” и “Маляр”, т.е. те упражнения, где необходимо вывести язык вверх.

Движения в шее скованы.

**Логопедическое заключение**: Остаточные явления моторной афазии. Псевдобульбарная дизартрия.

***5.Пациент П.В.В. 1939г******, пенсионер.***

*Диагноз: Последствия ОНМК (2001, 2003) с правосторонним гемипарезом и моторной афазией.*

При обследовании больного с афазией установлено:

Пациент вступает в разговор, речь замедленна, произнесение слов растянуто.

Пациент понимает, где находится, что ему делают, зачем он находится на стационарном лечении. При разговоре выяснилось, что после перенесенного заболевания сам самостоятельно занимался восстановлением речи. В частности проводил массаж для мышц лица, губ, произносил слова по слогам , тренировал память. Старался учить стихи. Специально с логопедом занятия не проводились. При исследовании понимания речи, автоматической речи отклонений не наблюдалось. Обратный счет произносил правильно.

На просьбы спеть куплет какой либо песни – постеснялся, т.к. обследование пациента проводилось в палате и в ней присутствовало еще 3 пациента.

Исследование слухо - речевой памяти.

При просьбе повторить серию слов наблюдался нарушение звукопроизношения, пациент как бы «ищет» нужную артикулему. При просьбе повторить слова «флаг» произносит «ваг», «дом» - « том». Исследование орального пространственного праксиса.

При просьбе высунуть язык и поднять к верху выполняет. Язык отклонен влево. Поцокать языком не получается.

При просьбе показать кулак – правой рукой не получается, обусловлено правосторонним гемипарезом. Левой рукой выполняет все задания.

6.При решении арифметических задач думает долго , но ответы дает.

1+5 =6

21+8= подумал дольше, но ответил правильно.

**Логопедический диагноз:** Остаточные явления афферентной кинестетической афазии, брадилалия,

***6. Пациент Г.Ф.М. 28.03.49г.р .инв.2 группы***

*Диагноз: Последствия перенесенного ОНМК (1998, 2003г.)*

*Правосторонний гемипарез, нарушение речи по принципу моторной афазии.*

*Органические поражения ЦНС.*

При обследовании нарушений речи:

Речь у пациента бедна, пользуется простыми фразами, предложениями.

Речь медленная, по принципу брадилалии. Речь монотонна. При каких-либо вопросах отвечает не сразу, долго обдумывает. Речь у пациента неправильная, связано с парезом правосторонним, у пациента нарушение звукопроизношения: Ш – С, Ф - В . Наблюдается небольшое отклонения языка влево, небольшая спазмированность. При рассказе по сюжетным картинкам наблюдалось произношение отдельных, не связанных между собой фрагментов, причем не выделялся основной смысл, например, « Я остав окола дом, надолива врач». У пациента при разговоре наблюдается салевация, поперхивание.

С пациентом очень сложно было работать, он отвлекался, оставлял вопросы без ответов, часто просто смотрел безсмыссленно.

В связи с перенесенными ОНМК у пациента развились психические отклонения и в связи с чем пациент мало контактен, в разговор не вступает или очень сложно.

**Логопедический диагноз:** Динамическаяафазия, пседобульбарная дизартрия.

***7. Пациент Ю.С.Г. 05.04.41г.р.***

Находился на стационарном лечении 06.04г в неврологическом отделении .

*Диагноз: Остаточные явления нарушения мозгового кровообращения с развитием очага поражения в бассейне средней мозговой артерии. Выраженный правосторонний гемиопарез. Моторная афазия.*

Пациент при общении ориентируется правильно, коммуникативная речь сохранена. Логико-грамматическая конструкция сохранена.

Наблюдаются достаточно выраженные трудности при восприятии пациентом сложных речевых оборотов, обозначающих пространственное расположение трех и более предметов.

Собственной развернутой речи нет из-за трудностей в артикулирования ( связано с правосторонним гемиопарезом). Простые слова понимает, но сложные не понимает, т.е. звукобуквенный анализ нарушен.

Под диктовку написал несколько несложных упражнений (пью час; Маша хорошая). Простые арифметические вычисления производит 1+3=4, но 21-3= нет, сложно. При обследовании орального и пространственного праксиса выявлено: у пациента отмечается оральный праксис в связи с чем выраженные расстройства артикуляторного праксиса. Сложно высунуть язык, поцокать, подуть. В связи с поражение ЦНС у пациента наблюдается выраженная апраксия (нарушение произвольных и целенаправленных движений и действий).

**Логопедический диагноз.** Эфферентная моторная афазия, псевдобульбарная дизартрия.

8***..Пациент В.И.П. 56 лет,******высшее образование.***

*Диагноз: Остаточные явления ОНМК . Правосторонний парез конечностей. Периодические эпид. приступы. Грубая моторная афазия.*

Пациент в 2004 году перенес ОНМК при котором, развился парез правой конечности и «отнялась речь».

После лечения парез несколько регрессировал, но у пациента осталась грубая моторная афазия. Периодические эпилептические приступы.

При обследовании пациента установлено:

Речь у пациента тягуча и монотонна. Речь обращенную у нему понимает, но тяжело. Быстрые и длинные предложения не понимает. При общении с ним приходилось говорить медленно и выбирать максимально короткие предложения, говорить некоторые слова по слогам.

Несложные просьбы выполняет правильно. (Возьми руку, подними руку и т.д.).

Но инструкцию: «покажи дверь, которая находится возле окна»,- пациент растерялся, не смог выполнить данную просьбу.

Логико-грамматическая конструкция нарушена, тяжело воспринимает какие – либо сложные конструктивные предложения. Пациент сложно переключается с одного звука на другой, все время повторяет предыдущие звуки.

Было предложено повторить серию звуков:

Л- Н..НА..ЛЫ

К- ой..гы..кы

 Д- К..ТЭТ..ДЫ

 Л-П – НЭ..ЮЮ..НЭ..ПЭ

 Не смог объяснить пословицу «Что посеешь, то пожнешь».

 При обследовании орального и пространственного праксиса у пациента :

на просьбу высунуть язык – отклонение вправо, поцокать не может;

при проверке пространственных поз – терялся, повторял одно упражнение по несколько раз. Не мог переключиться на ладонь и ребро.

 При исследовании сохранности письма и чтения у пациента наблюдалась аграфия. Написать может только очень простые слова и с элементами аграфии, например «окно»-«кно», «молоко»-«моко», но приходилось повторять много раз и по слогам слова. Читать пациент отказался.

В процессе работы с пациентом, обследования нарушений речевой функций после перенесенного ОНМК с пациентом работать очень было сложно, многое он просто не воспринимал. В контакт мало вступал. Желание исправить речевые нарушения у пациента не было.

**Логопедический диагноз:** Акустико-мнестическая афазия, в сочетании с эфферентной моторной афазии.

**9*. Пациентка 1937г. Пенсионерка.***

*Диагноз: Острое нарушение мозгового кровообращения по принципу тромбоза сосудов головного мозга. Гипертония 2 степени. Правосторонний парез.*

 У пациентки речь отсутствует, только говорит «Ой». При разговоре с пациенткой пациентка никак не реагировала на заданные ей вопросы, в контакт не вступала ни с кем.

**Логопедический диагноз:** Тотальная афазия**.**

***10. Пациент 24 года. Студент 3 курса УДГУ.***

*Черепно-мозговая травма. Гидроцефалия. Левосторонний гемипарез, сопровождающийся непроизвольными движениями.*

 Пациент 3 года назад был сбит машиной. Дважды проводили трепанацию черепа, наблюдалось вдавление костей черепа в головной мозг. В течении этого периода очень активно занимались родители. Работа проводилась в реанимации. По истечении 3 лет родители пожаловались на нарушение речи после проведенного курса лечения. Жаловались на смазанность речи.

 Пациент контактен. В разговор вступает. Речь замедленна, растянута, но старается говорить четко. Скандирует. Если убыстряет речь, то наблюдается смазанность речи, отклонения в артикуляции звуков речи.

В пространстве ориентируется, артикуляция не нарушена. Наблюдается небольшое отклонение языка влево. Поговорки рассказывает сам. Поет песни. При написании под диктовку, аграмматизма не наблюдается. По сюжетным картинкам ориентируется.

**Логопедический диагноз:** Остаточные явления моторной афазии. Полтерн.

**ВЫВОДЫ ПО ВТОРОЙ ГЛАВЕ.**

1. Нами было обследовано 10 пациентов с разными проявлениями нарушений речи после перенесенных ОНМК. Из обследованных пациентов было выявлено: 2 тотальные афазии, 2 проявления полтерна, 1 псевдобульбарная дизартрия, 2 афферентные моторные афазии, динамическая, эфферентная афазия и сочетанная афазия: акустико-мнестическая в сочетании с эфферентной. У пациентов с полтерн - нарушения темпа речи, сочетается с остаточными явлениями моторной афазии. Пациенты были обследованы в разные периоды времени после перенесенного заболевания.

2. В зависимости от локализации ОНМК возникают соответствующий распад речи. Нарушения речи обследованных больных проявляется в виде полной или частичной утраты речи (тотальная и моторная афазии); нарушения звукопроизносительной стороны речи (дизартрия) и нарушения темпа речи в виде спотыкания.

3.Содержание восстановительной работы определяется локализацией очага поражения, тяжестью и характером органического поражения головного мозга.

**Глава 3. Логопедическая работа с больными, перенесшими инсульт.**

**3.1. Основные направления логопедической работы с больными экспериментальной группы.**

Из экспериментальной группы были выделены 4 пациента с различными видами нарушений речи после перенесенного ОНМК для определения и проведения логопедической работы, это:

* 1. *Пациент C.В.И. 10.04.1925г.* Логопедическое заключение:  Афферентная моторная афазия.

2. *Пациент М.В.Г. 19.09.57г* Логопедическое заключение: Остаточные явления моторной афазии, псевдобульбарная дизартрия.

3.*Пациент А.В.И. , 12.10.26г.р.* Логопедическое заключение: Остаточные явления моторной афазии, проявления полтерна.

4. *Пациентка К.В.З. 1937г.р.* Логопедическое заключение: Тотальная афазия.

Исходя из логопедического заключения, была определена логопедическая работа по восстановлению речи у данных пациентов.

***План восстановительного обучения:***

**1 этап. Начальный этап логопедической работы.**

1. Растормаживание экспрессивной речи:
* Проговаривание автоматизированных рядов;
* Пение знакомых песен;
* Декламация стихов
* Называние имён знакомых т.д.

2. Выработка правильного дыхания (приёмы выбираются в зависимости от состояния больного).

**2 этап. Основной этап логопедической работы.**

На этом этапе для каждого больного был определен свой план работы по восстановлению речи.

***План восстановительного обучения для пациента М.В.Г.***

1. Растормаживание и преодоление расстройств, произносительной стороны речи;
2. Преодоление расстройств понимания ситуативной и бытовой речи;
3. Стимулирование глобального чтения и письма;
4. Накопление обиходного пассивного и активного словаря;
5. Восстановление фонематического слуха;
6. Восстановление понимания значения слова;
7. Работа над семантикой слова;
8. Восстановление чтения и письма;
9. Формирование развернутой речи, усложненной по смысловой и синтаксической структуре.

**Афферентная моторная афазия (больной C.В.И. 10.04.1925г).**

На начальном этапе логопедической работы задачами восстановительного обучения является работа по растормаживанию экспрессивной речи. Она начинается обычно с упражнений, помогающих актуализации привычных речевых рядов (порядковый счет; название дней недели, месяцев; пересчет предметов; пропевание знакомых мелодий с опорой на тексты песен и др.) [9,23]

Эффективным средством растормаживания является называние имен близких людей сначала совместно с педагогом, а позже – вслед за ним. Напевное чтение стихотворения, сопровождаемое отстукиванием рукой его ритмической структуры, воссоздание интонационного строя речи путем имитации голосом вопросительным. Утвердительных и других интонаций облегчает растормаживание непроизвольной речи. Эмоциональная реакция больного, вызванная содержанием рассказа. Нередко вызывает к появлению «междометия». Ту же эмоциональную реакцию может вызвать подобранная серия картинок.

Хорошим приемом является и порядковый счет предметов с опорой на пальцы рук, а позже – написание. Учить пациента называть количество предметов. Рекомендуется включение в работу настольных игр. Рисование и другие поделочные работы.

Данное сочетание средств создает условия для растормаживания, создает условия для всплывания у больного устоявшихся словосочетаний, связанных в его прошлом опыте с определенным видом деятельности.

После предварительной подготовки начинается работа с восстановления произнесения целого слова без специальной работы над четкой артикуляции. Достигается это путем переключения внимания больного с артикуляторной стороны речи на общую смысловую и звуковую структуру слова. Причем начинаем работу на первой стадии с восстановления произнесения целого слова на основе отработки системы его смысловых связей, при опоре на рече -слуховые образы соответствующих слов и их предметные изображения.

Педагог произносит несколько простых предложений, проговаривая стремиться к тому, чтобы отрабатываемое слово сохраняло все время одну и ту же ритмико-мелодическую структуру, что помогает фиксировать внимание больного на нужное слово. Пациенту одновременно предлагается из услышанного вспомнить все, что он знает об этом предмете. Все внимание пациента фиксируется на смысловых связях слова, на его звуковом оформлении и зрительном изображении. Пациент если не увидит на картинке данное изображение, он должен будет его нарисовать или показать жестом.

Смысловая и слуховая стимуляция произнесения слова является основным приемом на первой стадии обучения, но эту работу необходимо сочетать с другими приемами, входящими в систему приемов, направленных на решение задачи – это восстановление произнесения целого слова. [3,23]

Сюда относятся классификации предметов. Изображаемых на картинах, по заданным частым или обобщенным признака; прием по закреплению объема и точности зрительного восприятия и т.д.

Работа по системе приемов способствует оживлению смысловой стороны речи, многозначности слова и его предметной отнесенности, восстанавливая тем самым обобщенные понятия, отраженные в данном слове.

В результате работы, проведенной на предварительной и первой стадиях обучения, у больного, появляются слова, которые составляют в основном пассивный словарь.

В свою коррекционную работу мы ввели обязательные упражнения на расслабление мышц лица, шеи, языка. Учитывая напряженность мышц языка, необходимо проводить регулярно зондовый массаж для данных мышц,

(разработанный Е.В.Новиковой). Массаж артикуляционного аппарата и артикуляционные упражнения не только улучшают двигательную функцию отстающих систем мозга, но и вовлекают в работу близлежащие мозговые системы.

Массаж мышц артикуляционного аппарата может производиться пальцами, однако лучшие результаты достигаются при использовании специально сконструированных зондов.

Мышцы языка должны обладать эластичностью, подвижностью и хорошей переключаемостью при выполнении различных движений, необходимых для произнесения различных звуков. Если мышцы такими свойствами не обладают, то речь пациента невнятна, смазана или вообще невозможна.

И как раз зондовый массаж - нормализует спастическое или паретическое состояние различных групп мышц. Проводят массаж языка, скул, щек, мягкого неба по отдельности или в различном сочетании. Постепенно массажем охватывают больше пораженных мышечных структур. (Приложение №2, №3)

Так же дополнительно были введены упражнения для артикуляционного аппарата, т.к. у пациента сохраняется небольшой парез правой стороны тела, в связи с чем, наблюдается отклонение языка вправо и салевацие.

Для коррекции пространственной ориентации, восстановления мелкой моторики были введены упражнения с пазлами (собирание картинок из маленьких кусочков), собирание из спичек домика, упражнения с мячиком с одновременным называнием звуков, слогов, слов. [27,38]

***План восстановительного обучения для пациента* К.В.З.**

Учитывая тяжелое состояние нарушения речи, необходимо на первоначальном этапе мы начинаем с восстановления понимания речи на слух. И для данной пациентки мы используем побудительную речь.

1.Стимулирование понимания речи на слух.

**Тотальная афазия (больная К.В.З. 1937г.р.).**

Установив пациентке, диагноз Тотальная афазия, логопедические занятия на начальном этапе начинаем с восстановления понимания речи на слух.

 Стимулирование понимания речи на слух основана на соотнесении ими интонацией с жестом, вызывании определенных двигательных и мимических реакций у пациентки, использовании фонологических особенностей интонации. Для стимулирования понимания речи на слух предлагается пациентке выполнять по устной инструкции различные действия. Причем при даче задания, показывается пациентке соответствующее действие (закройте глаза, дайте руку и т.д.).

Слова предикативного характера, повторяемые неоднократно, воспринятые пациенткой на слух, становятся постепенно основой «пассивного словаря». Накапливание «пассивного» глагольного словаря создает предпосылки для восстановления внутренней речи больной.

Стимулирование речи у пациентов с тотальной афазией с помощью побудительных инструкций длится примерно 10-15 дней и в дальнейшем вырисовывается определенная форма афазии, но в данной ситуации после месяца коррекционной работы логопедический диагноз остался первоначальным. [12,24]

***План восстановительного обучения для пациента*  М.В.Г.**

1. Восстановление функции артикуляционного аппарата;
2. По растормаживанию и преодолению расстройств, произносительной и просодической стороны речи;
3. По восстановление правильного дыхания;
4. По восстановлению темпа речи, интонации.

**Остаточные явления моторной афазии. Псевдобульбарная дизартрия (больной****М.В.Г. 19.09.57г.)**

Учитывая, что для псевдобульбарной дизартрии, характерно напряжение мышц органов артикуляции, соответственно у пациента наблюдается ограничение объема движений органов артикуляции. Проявляется замедлением темпа речи, нечеткостью произношения, наличие носового оттенка в речи, поперхивание. Данный пациент предъявляет так же жалобы на нарушение дыхания.

При спазмированности артикуляционного аппарата, необходимо проводить работу на снятие напряжения артикуляционного аппарата. Учить больного проглатывать не только жидкую пищу, но главное слюну при этом восстанавливаются движения глотки, гортани, мягкого неба и задней части(корня) языка.

Необходимо проводить массаж языка и мягкого неба (маленького языка). Массаж проводится либо зондом, либо в домашних условиях шпателем или чайной ложечкой. Данный массаж способствует сокращению парализованного маленького язычка, корню языка, подымаются все мышцы артикуляционного аппарата. Больной перестает поперхиваться, лучше глотает жидкую пищу. Язык становится гибче, и с большой легкостью высовывается язык из полости рта к зубам, затем к губам. Пациент начинает дуть на язык, ватку, на тарелку с водой. [27,38,3]

1. Позевывание, сглатывание слюны перед зеркалом.
2. Опускание и поднимание нижней челюсти. То есть раскрывание и закрывание рта с помощью нажатия пальцами рук.
3. Вдох через нос, выдох через рот с мысленной командой произнести звуки с и з .
4. Высовывание языка на зубы, позже на нижнюю. Затем подъем его на верхнюю губу, к верхним зубам.
5. Очень эффективны для артикуляционного аппарата: это просить больного слизать с губ варенье или кисель, сплюнуть соринку и т.д.

Необходимо работать над подвижностью губ и щек. Проводить массаж лица и губ, но данный массаж проводить лучше родственникам пациента. Массажи лица массируются очень легкими прикосновениями к коже в виде поглаживания, пошлепывания, подтягивание щек к глазам и т.п. Движения должны быть очень деликатными, т.к. через 1-2 мин работы возникает усталость мышц.

Гимнастика для лицевой мускулатуры: поднимание, нахмуривание бровей, попеременное надувание щек, опускание и поднимание нижней челюсти. Гимнастика для губ: растягивание в улыбку, стягивание в кружочек, имитация поцелуя, попытки произносить в разных сочетаниях звуки А-У-И, О-И-У, А-И-У, У-А-И. и т.д.

Коррекция речевого дыхания начинается с общих дыхательных упражнений, цель которых увеличить объем дыхания и нормализовать его ритм. [3,14]

1. Вдох и выдох через нос (вдох быстрый, не очень глубокий, выдох продолжительный);
2. Вдох через нос, выдох через рот;
3. Вдох через рот, выдох через нос;
4. Вдох и выдох через одну половину носа, затем через другую (попеременно);
5. Вдох через одну половину носа, выдох через другую;
6. Вдох через нос, замедленный выдох через нос с усилением в конце;
7. Вдох через нос, выдох через неплотно сжатые губы»;
8. Вдох через нос, выдох через нос толчками (кратковременное задерживая дыхание, выталкивать воздух маленькими порциями).

С появлением гибкости губ, языка. Речь становится более ясной и здесь можно уже начинать отрабатывать произношение свистящих, шипящих звуков в отдельных слогах, словах, прибегая к дутью на ватку для звука С, упругому выдвижению губ на звук Ш (при этом можно слегка нажать на щеки больного). Облизывание губ, чмоканье улучшит произнесение М и В; цоканье и кучерское ТПРУ подготовят вибрацию языка на звуке Р; надувание щек при плотно сжатых губах и имитация хлопка вылетевшей пробки из бутылки с шампанским приведет к восстановлению П и Б; толкание зубов кончиком языка даст Т и т.д.

Для восстановления темпа, ритма. Силы голоса – читать в слух, декламировать стихи в слух, если есть музыкальное образование, то можно пропеть гамму.

 ***План восстановительного обучения для пациента*  А.В.И.**

1. Медицинское воздействие (медикаментозное, физиотерапевтическое, психотерапевтическое лечение),
2. Дидактические методы,
3. Логопедическую ритмику,
4. Физкультуру.

 **Остаточные явления моторной афазии. Проявления полтерна *( пациент А.В.И. , 12.10.26г.р. )***

Остаточным проявлением афазии у пациента - нарушение речи ввиде полтерна (спотыкание). Данный вид нарушения речи считается нарушение темпа речи. Нарушения темпа речи включает в себя комбинированный комплекс восстановительного обучения: медицинское воздействие, дидактические методы, логопедическую ритмику, физкультуру. [23,22]

Медицинское воздействие направлено на снижение нервной активности и нормализацию психических процессов. Лекарственное лечение и физиотерапия носят тонизирующий характер. Медикаментозное лечение направлено общеуспокаивающее, дифференцированное воздействие в зависимости от выраженности раздражительности, беспокойства, гиперактивности и т.д. Психотерапия направлена на перевоспитание личности страдающего полтерном, на изменение установки на собственную речь и микросоциальное окружение, воспитание социальной функции речи.

Все виды логопедической работы основываются на различных речевых упражнениях. Чтение под отбиваемый такт; слушание и воспроизведение речевого материала; работа над воображением действий внешних раздражителей различного ритма, темпа для убыстрения его во внутренней речи; заучивание и воспроизведение диалогов с акцентом на речевых особенностях разных персонажей самим пациентом в паре с логопедом; Ходьба и маршировка в различных направлениях под бодрую музыку, в сочетании со счетными упражнениями, помогающими контролировать темп выполняемых движений и облегчающий удерживать темп в речи. Упражнения, активизирующие внимание, воспитывают быструю и точную реакцию на зрительные, слуховые раздражители, развивают все виды памяти: зрительную, слуховую, моторную.

Пение мелодий с короткими тональностями. Темп песен средний и быстрый, отрывистого характера.

Воспитание медленного, спокойного, плавного, строго ритмичного дыхания и голосообразования. [23,39]

Развитие общего и слухового внимания к речи.

**3.2. Приёмы восстановительного обучения**, **используемые в ходе эксперимента.**

1. *Пациент C.В.И. 10.04.1925г. Логопедический диагноз:*  **Афферентная моторная афазия**. Учитывая сложность патологии (повреждение головного мозга), коррекционная работа длится длительно. Одно задание может усваиваться в течение 2-3 недель.

При работе с данным пациентом, мы обратили внимание, что усвоение материала идет за счет зрительно-слуховой имитации артикуляторного уклада каждого звука. Говорим, пациент смотрит на губы, рот, одновременно внимательно слушает и старается повторять упражнения.

В свою коррекционную работу мы ввели обязательные упражнения на расслабление мышц лица, шеи, языка. Учитывая напряженность мышц языка, необходимо проводить регулярно зондовый массаж для данных мышц,

(разработанный Е.В.Новиковой). Массаж артикуляционного аппарата и артикуляционные упражнения не только улучшают двигательную функцию отстающих систем мозга, но и вовлекают в работу близлежащие мозговые системы. [38,27]

Массаж мышц артикуляционного аппарата может производиться пальцами, однако лучшие результаты достигаются при использовании специально сконструированных зондов.

Мышцы языка должны обладать эластичностью, подвижностью и хорошей переключаемостью при выполнении различных движений, необходимых для произнесения различных звуков. Если мышцы такими свойствами не обладают, то речь пациента невнятна, смазана или вообще невозможна.

И как раз зондовый массаж - нормализует спастическое или паретическое состояние различных групп мышц. Проводят массаж языка, скул, щек, мягкого неба по отдельности или в различном сочетании. Постепенно массажем охватывают больше пораженных мышечных структур. (Приложение №2, №3)

Так же дополнительно были введены упражнения для артикуляционного аппарата, т.к. у пациента сохраняется небольшой парез правой стороны тела, в связи с чем, наблюдается отклонение языка вправо и салевацие.

Для коррекции пространственной ориентации, восстановления мелкой моторики были введены упражнения с пазлами (собирание картинок из маленьких кусочков), собирание из спичек домика, упражнения с мячиком с одновременным называнием звуков, слогов, слов.

*Задание №1*

Тема: «Какой сегодня день, какой сегодня час…»

Цель: Растормаживание устной речи.

Задачи: 1. Восстановление счета до 10 и обратно;

2.Уметь ориентироваться во времени, одновременно вспоминая и запоминая время, дни недели, месяц.

3. Перед началом занятие обязательны упражнения для разработки артикуляционного аппарата, проведение массажа, направленного на расслабление мышц языка, лица, шеи.

Наглядный материал: картинки с цифрами, набор цветных карандашей, часы, календарь.

Организационный момент.

1.Перед началом занятия проводим сегментарно-рефлекторный логопедический массаж (приложение 4, 5, 6). При выполнении этого приема происходит растяжение нервно-мышечных волокон, вследствие чего улучшается приток проприоцептивных импульсов, идущих в центральную нервную систему, что, в свою очередь, ведет к рефлекторным изменениям в нервно-мышечном аппарате. Здесь хочется отметить, что выбор приемов массажа проводится, дифференцировано, в зависимости от тонуса мускулатуры. При мышечных дисплазиях используется асимметричный массаж – производится разное воздействие на паретичные и здоровые мышцы. При паретичных мимических мышцах применяют тонизирующий массаж виде растирания, разминания, а на здоровой половине – поглаживание.

2. Затем проводим артикуляционные упражнения перед зеркалом.

Эти упражнения чередовать, выполнять по 3-4 приема. Комплекс артикуляционных упражнений: «Слон», «Змея», «Лошадка», «Часики», «Шарики», «Качели», «Лопаточка», «Месим тесто» и т.д. Уделять больше внимание на восстановление функций языка.

3.Предоставляем картинки с цифрами, просим посчитать. У пациента не получается. Повторяем вместе с пациентом, проговариваем несколько раз, затем просим, чтобы пациент повторил самостоятельно. [45,46]

Для закрепления просим написать с картинок порядковый счет или перемешать цифры и самостоятельно составить счет. Повторяем счет по часам.

4.Смотрим календарь. Просим показать какое сегодня число, день недели, месяц. Открывает календарь на нужной странице и читает. Просим самостоятельно повторить. Переписать с календаря число, день недели, месяц и проговорить несколько раз написанное.

Пациент работал активно, не получались артикуляционные упражнения. Помогал выводить язык (упражнение «Лопаточка») рукой. Не понимает, как правильно расположить язык, как правильно произнести слово. Получается только когда смотрит на рот логопеда.

Домашнее задание: Выполнять массаж, артикуляционные упражнения, работать по картинкам с цифрами, по календарю и часам.

Постепенно вводим упражнения по закреплению звуков речи. В.Г.Визель предоставляет следующие упражнения:

БА БО БУ БЫ

АБ ОБ УБ ЫБ

БЯ БЕ БЮ БИ

 БАЛ БОЛ БУЛ БЫЛ

БЛА БЛО БЛУ БЛЫ

Прочитайте слова, спишите их и подчеркните букву Б:

БАТОН БАРАН БАРА-БАН БА-БОЧ-КА

БОГ БОТИНКИ БОЛЬ БОЛЬНИЦА

Вставьте пропущенную букву Б:

…аранка …орщ …усы …ык

за…ота за…ор со…ор не…о хле..

На цепи сидит …ольшая со…ака. В этом году рано созрела ря…ина. У меня очень интересная Ра…ота. На …алу всегда красиво танцуют.

Прочитайте, следя за произношением звука Б:

Бабушка пошла на базар. Было ясное безоблачное небо. У девочки большой бант. Мужчина бреет бороду. Ботинки были мальчику велики.

Прочитайте, ориентируясь на направление стрелок.

 БУ

 МАГА ТЫЛКА

 ЗА

 РА БО ТА

 ТА

2. *Пациентка К.В.З. 1937г.р.* Логопедическое заключение: **Тотальная афазия.**

Тотальная афазия - это одно из сложных нарушений речи, т.к. трудно определится в логопедической работе с больной, которая не понимает обращенную к ней речь, не произносит сама ни одного слова.

Как уже выше говорилось, основное в работе по восстановлению речи при данной афазии является стимулирование понимания речи на слух по устной инструкции, причем с показывание соответствующих действий. [ 23]

Предлагались следующие задания:

 Закройте глаза (книгу, тумбочку и т.д.); откройте их; покажите язык; покажите зубы; поднимите руку; дайте руку (чашку, книгу и т.д.); возьмите…; поправьте …; сядьте; причешитесь.

3. *Пациент М.В.Г. 19.09.57г* Логопедическое заключение: **Остаточные явления моторной афазии. Псевдобульбарная дизартрия.**

Главной целью логопедического восстановительного обучения является восстановление речевой функции.

Основная коррекционная работа при дизартрии у пациентов с ОНМК – это восстановление мышечного тонуса в артикуляционной и оральной мускулатуре. Восстановление мышечного тонуса необходимо начинать с проведения точечного массажа лица, массажа артикуляционной мускулатуры.

Восстановление артикуляции всегда лучше сочетать с работой по развитию моторики рук, тем более, что в данном случаи мы наблюдаем правосторонний гемипарез.

Например, делаем упражнение на язычок: высунуть язычок хорошо вперед и поднимать его вверх, вниз, влево и вправо. При этом одновременно в руках держим мячики и при каждом движении языка двумя руками одновременно сжимаем мячики. [38,27]

На восстановление орального праксиса: вытягивание губ трубочкой, виде хоботка. Затем сделать оскал, т.е. растянуть губы. Эти упражнения чередовать.

(Комплекс артикуляционных упражнений: «Слон», «Змея», «Лошадка», «Часики», «Шарики», «Качели», «Лопаточка», «Месим тесто» и т.д.)

Уделять больше внимание на восстановление функций языка. Переходить от пассивных упражнений к более активным.

При нарушении голосообразования при дизартрии определяется необходимостью в проведении речевой терапии, при которой особое внимание уделяется постановке голоса и отдельных звуков.

 Поэтому в дальнейшем приступаем к восстановлению отдельных звуков, дефекты которых связаны с парезом мышц языка и губ.

Здесь нарушен процесс образования звонких согласных ( б, в, г, д, р, н ), идет замена их на глухие ( т, ф, к, с).

И в зависимости от нарушений звукопроизношения проводятся и соответствующие упражнения.

Очень важным моментом при восстановлении речи при дизартрии играет и восстановление речевого дыхание, дыхания в целом.

Здесь используются упражнения: «Забей мяч в ворота», дуть в дудку, свистки и т.д. Одновременно с «дутьем в губную гармошку» предлагается комплекс дыхательных упражнений, которые тренируют направленный удлиненный выдох.

Сидя на стуле прямо или стоя:

1. Вдох и выдох через нос (вдох быстрый, не очень глубокий, выдох продолжительный);
2. Вдох через нос, выдох через рот;
3. Вдох через рот, выдох через нос;
4. Вдох и выдох через одну половину носа, затем через другую (попеременно);
5. Вдох через одну половину носа, выдох через другую;
6. Вдох через нос, замедленный выдох через нос с усилением в конце;
7. Вдох через нос, выдох через неплотно сжатые губы»;
8. Вдох через нос, выдох через нос толчками (кратковременное задерживая дыхание, выталкивать воздух маленькими порциями). [3]

Через 7-10 дней дополнительно к дыхательным упражнениям добавляют упражнения для активизации мускулатуры шеи, наружных и внутренних мышц гортани.

Все выше перечисленные упражнения: массаж, артикуляционные упражнения, дыхательные упражнения, голосовые упражнения - проводятся все в комплексе

4.*Пациент А.В.И. , 12.10.26г.р.* Логопедическое заключение: **Остаточные явления моторной афазии . Проявления полтерн.**

Исходе из коррекционного метода воздействия пациенту было предложено следующее задание.

1.Дыхательные упражнения – для расслабления, нормализации дыхания. Дыхательная гимнастика А.Н.Стрельниковой.

1. Вдох и выдох через нос (вдох быстрый, не очень глубокий, выдох продолжительный);
2. Вдох через нос, выдох через рот;
3. Вдох через рот, выдох через нос;
4. Вдох и выдох через одну половину носа, затем через другую (попеременно);
5. Вдох через одну половину носа, выдох через другую;
6. Вдох через нос, замедленный выдох через нос с усилением в конце;
7. Вдох через нос, выдох через неплотно сжатые губы»;
8. Вдох через нос, выдох через нос толчками (кратковременное задерживая).

2.Чтение стихов, на выбор самого пациента. Чтение медленное, с интонацией и слушая себя внимательно, т.е. сконцентрироваться на чтении стихотворения. Можно проводить чтение с книгой, можно наизусть.

**3.3. Обсуждение результатов экспериментального обучения.**

С данной группой больных восстановительное обучение проводилось в течение 1,5 месяцев. В среднем с каждым больным было проведено по 30 логопедических занятий.

Были получены следующие результаты:

*1.Пациент C.В.И. 10.04.1925г.* Логопедическое заключение:  Афферентная моторная афазия.

У пациента уменьшилось спазмирование языка. Лучше слал выполнять артикуляционные упражнения: «Часики», «Шарики», «Качели», «Лопаточка», «Месим тесто». Стало получаться цокание.

Сам стал считать: счет проводит на пальцах, на наглядном пособии, на спичках.

Использует календарь для счета и указания дня недели. Поет песни, но окончания «проглатывает». По просьбе составить слога справляется, а затем слово – делает, только когда несколько раз повторит данное слово по слогам. В конце занятий стал читать, но комкает окончания. Для прочтения текста, разделяли слова на слоги, только тогда прочитывалось. Если в середине коррекционной работы пазлы собирал в течение 3 дней, то в конце 1,5 месячного восстановления собирать стал в течении дня.

 Не может ориентироваться: что слева, что над карандашом и т.д. Появилось меньше аграмматизма при списывании текста (приложение). При разговоре не может найти правильную артикуляцию. В разговоре в основном присутствует междометия: «Ну вот, так». Стал отвечать «да, нет». Появились слова «спасибо», «проходите», «хорошо», «до свидания». При выполнении задания была сказана реплика: «Почему вы мне не помогаете».

При коррекционной работе очень активное участие принимали родственники пациента.

2. *Пациент М.В.Г. 19.09.57г* Логопедическое заключение: Остаточные явления моторной афазии. Псевдобульбарная дизартрия.

Первые месяцы в основном занятия проводились на восстановление правильного дыхания, правильной артикуляции и снятие спазма с шеи. Наблюдалось снижение спазмированности артикуляционного аппарата. У пациента стали получаться упражнения артикуляционные: «Слон», «Змея», «Лошадка», «Часики», «Шарики», «Качели», «Лопаточка», «Месим тесто» и т.д.). При восстановлении темпа речи, силы голоса читали стихи, но не получалось, речь в конце затухала. Усвоил дыхательные упражнения. С улучшение дыхания, уменьшения спазмированности артикуляционного аппарата уменьшилась салевация.

3.*Пациент А.В.И. , 12.10.26г.р.* Логопедическое заключение: Остаточные явления моторной афазии. Проявления полтерна.

Пациент очень активен на занятиях, стремиться выполнять четко, не торопится. Пересказы рассказов, чтение стихов по тексту, декламация стихов пациент выполнял без спотыканий, четко поставленным голосом. После проведенных занятий у пациента наблюдается заметное улучшение. При концентрации внимания чтение проходило без нарушения, но когда пациент торопиться и не следит за своей речью, наблюдаются опять спотыкания в речи.

4. *Пациентка К.В.З. 1937г.р.* Логопедическое заключение: Тотальная афазия.

Пациентке предлагались разные задания, упражнение показывалось наглядно, но на все задания она только отвечала «ДА», «НЕТ», причем ответы не соответствовали вопросам. После 1,5 месячной коррекционной работы улучшения не наблюдалось.

Хочется отметить, что при раннем начале восстановительного обучения, при желании пациента исправить нарушения речи, возникшие вследствие ОНМК, при активной помощи родственников уменьшаются нарушения речи, и это показала экспериментальная работа представленная в данной работе.

**ВЫВОДЫ ПО ТРЕТЬЕЙ ГЛАВЕ.**

Мы рассмотрели приёмы восстановительного обучения у четырех больных с различными нарушениями речи. На начальном этапе восстановительного обучения мы использовали со всеми больными следующие приёмы логопедической работы:

1. Растормаживание экспрессивной речи:

* Проговаривание автоматизированных рядов;
* Пение знакомых песен;
* Декламация стихов
* Называние имён знакомых т.д.
	1. Выработка правильного дыхания (приёмы выбираются в зависимости от состояния больного).

В дальнейшем мы применяли дифференцированные приёмы восстановительного обучения с учетом сохранных и нарушенных сторон у каждого больного.

В трех случаях мы получили положительные результаты в обучении.

У пациентки с логопедическим заключением: Тотальная афазия положительной динамики после восстановительного обучения не наблюдалось.

 Тяжесть нарушения у данной больной была наиболее выраженной, нарушения речи сочетались с нарушениями психики. Желания заниматься с логопедом не было, на занятиях апатична.

**Заключение**

Данная дипломная работа посвящена речевым нарушениям, которые возникают вследствие острого нарушения мозгового кровообращения. Головной мозг - это очень хрупкий, нежный орган, который координирует всю работу человеческого организма. Повреждения его, влекут за собой очень серьезные последствия. Нарушения речи, вызванные ОНМК, как мы выше рассматривали в зависимости от зоны повреждения, степени тяжести, восстанавливаются в процессе длительной коррекционной работы.

Проблема преодоления речевых нарушений при афазии и социальной реадаптации этой большой группы больных, перенесших нарушение мозгового кровообращения или травмы головного мозга, до сих пор остается острой. Больные с обширными инфарктами доминантного полушария, распространяющимися на глубинные мозговые образования, нуждаются в длительных восстановительных занятиях в сочетании с повторными курсами нейротропной терапии. Занятия могут продлиться до 1,5 до 2 лет. И конечно необходимо набраться большого терпения, как родственникам пациента, так и пациенту. Необходимо помогать, вдохновлять пациента на занятия, т.к. воздействие на головной мозг, восстановление, растормаживание функций головного мозга требуют постоянного подкрепления. И естественно без постоянного повторения, проведения занятий, невозможно восстановить все потерянные функции головного мозга.

Проведенное нами исследование доказало необходимость логопедической работы с больными и показало значимость дифференцированного подхода в восстановительном обучении. Таким образом, цель работы достигнута, задачи выполнены, гипотеза доказана.

**Список библиографии.**

1. Афазия и восприятие. Л.С.Цветкова, Н.Г.Торчуа, Москва –

 Воронеж, 1997г.

2. Афазия и центральный орган речи. Кожевников А.Я./ Афазия и восстановительное обучение. Тексты под редакцией Ж.М.Голозман МГУ, 1983г. – С.

3. А.Н.Стрельникова. Дыхательные упражнения. «АСТРЕЛЬ», Москва 2005г

4. Алле А.Х. К проблеме мозговой организации речевых функций у детей. Проблемы мед.психологии. М, МГУ,1960. – с.89-96.

5. Артемов В.А.Речевая интонация. Экспериментальная фонетика. Вып.3. Минск, 1971г. С.196-213.

6. Ахутина Т.В. Поражение речи. Нейролингвинистический анализ синтаксиса. М.МГУ,1989. с-214.

7. Бейн Э.С. Афазия и пути ее преодоления.- Л.Медицина, 1964г с-235.

8. Бондаренко Л.В. Звуковой строй современного русского языка. М.просвещение,1977г. С-175.

9. Бейн Э.С.,Бурлакова М.К., Визель Т.Г. Восстановление речи у больных с афазией. М. Медицина. 1982г.

10. Восстановление речи при афазии. Коган В.М. М.- 1962г.

11. Восстановление речи после инсульта. Оппель В.В. – Л.Медицина,1972г.

12. Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга. Цветкова Л.С. М – 1972г.

13. В.В.Коноваленко, С.В.Коноваленко. Правильное произношение и чтение. Москва. 2000г.

14. Глозман Ж.М. Изменение личности при афазии (в динамике восстановительного обучения). Дефектология. 1985г.

15. Е.В.Кузнецова, И.А.Тихонова. Ступеньки к школе. Обучение грамоте детей с нарушением речи. Творческий цент «Сфера», 2001г.

16. И.В.Блыскина. Комплексный подход к коррекции речевой патологии у детей. Логопедический массаж. Методическое пособие для педагогов дошкольных образовательных учреждений. Санкт-Петербург «Детство-Пресс».

17. И.Светлова. Домашний логопед. Москва «Эксмо» 2005г.

18. Изучение и коррекция речевых расстройств. Межвузовские статьи, научные труды. М –1986г.

19. Логопедия. Л.С.Волкова, Москва 2002г.

20. Логопедия. Практическое пособие для логопедов, студентов и родителей. Ростов - на - Дону .Феникс 2004г.

21. Логопедия. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской.

 Москва 2002г.

22. Логопедическая диагностика, коррекция и профилактика нарушений речи у дошкольников с ДЦП. Алалия, дизартрия, ОНР. С-П. 2004г.

23. Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления. Шохор-Троцкая И.К. М-1972г.

24. М.К. Шохор-Троцкая. Коррекция сложных речевых расстройств. ТЦ Сфера, В.Секачев, 2006г.

 25. Нервные болезни. В.В.Михеев, П.В.Мельничук, Москва 1981г

 26. Основы нейропсихологии, Т.Г.Визель М-2006г

27. Практические упражнения для восстановления речи у больных после инсульта, черепно-мозговой травмы и других заболеваний головного мозга. Н.Н.Амосова, Н.И.Каплина, «АСТРЕЛЬ», Москва 2005г.

28. Проблемы афазии и восстановительного обучения, т.1. под ред. Л.С.Цветковой. М.,МГУ,1975г.

29. Проблемы афазии и восстановительного обучения, т.2. под ред. Л.С.Цветковой. М.,МГУ,1979г.

30. Пальщикова И.К. О соотношении расстройств устной речи и письма при афазии. Новые исследования в педагогической науке. М. 1978г.

31. Речь. Артикуляция и восприятие., М.Л. Наука ,1965г.

32. Речь и афазия. М.К.Шохор-Троцкая (Бурлакова) ЭКСМО-

 ПРЕСС 2001г.

33. Столярова Л.Г., Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В. Особенности нарушения речи у больных с мозговым инсультом и некоторые прогностические факторы ее восстановления. В кн.:Оптимизация реабилитационнго процесса при церебральном инсульте., Л.1990г.

34. Сумченко Г.М.Восприятие и запоминание звуков речи у больных с афазией. Л.,1974г.

35. Специфические расстройства речевого развития у детей. Л.С.Чутко, А.М.Ливинская. С.П.2006г.

36. Справочник невропатолога поликлиники. Минск, «Беларусь», 1988г.

37. Системные нарушения речи. Алалия. Афазия. Методическое наследие. Том 3. М-2003г.

38. Т.Г. Визель. Как вернуть речь. ТЦ Сфера, В.Секачев, 2005г.

39. Торсуева И.Г.Интонация и смысл высказывания. М., Наука. 1979г.

40. Траугот Н.Н. Роль чтения в процессе восстановления речи при афферентной моторной афазии. Проблемы патологии речи. М.1989г.

41. Ткачев Р.А. О классификации и прогнозе афазических расстройств. Вопросы клиники и патофизиологии афазий. М. Медгиз,1961г.

42. Тархан А.У., Троуготт Н.Н., Меерсон Я.А. распознавание эмоциональных и просадических характеристик голоса и сложных неречевых звуков больными с локальными поражениями мозга. Журнал невропатологии и психиатрии. 1981.

43. Хомская Е.Д. Мозг и активизация. М, МГУ. 1987г.

44. Цветкова Л.С., Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Методика оценки речи при афазии. М. МГУ, 198

45. Шохор-Троцкая М.К., Столярова Л.Г. Особенности динамики речи у больных с разными вариантами моторной афазии при инсульте. Журнал невропатологии и психиатрии, 1981.

46. Шохор-Троцкая М.К. Преодоление артикуляционных нарушений у больных с афферентной моторной афазией. Актуальные проблемы логопедии. М. МГПИ им. В.И.Ленина,1979г.

47. Шкловский В.М. Социально- психологический аспект реабилитации больных с афазией. Журнал невропатологии и психиатрии. 1982г.

48. Шахпаронова Н.В., Кадыков А.С. Восстановление речи при ишемическом инсульте. Вестник практической неврологии. 1992г.

49. Шохор-Троцкая М.К.. Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления. М. Медицина. 1972г.

50. Щерба Л.В.Языковая система и речевая деятельность. Л.,1974.-С.427

**П Р И Л О Ж Е Н И Е**

**Протокол обследования речи больных перенесших инсульт.**

***Ф.И.О.***  *C.В.И.* **Возраст** *10.04.1925г*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Предъявляемое задание** | **Выполнение задания** |
| **Констатирующий****эксперимент** | **Контрольный****эксперимент** |
| 1 | Исследование общей способности больного к речевой коммуникации. |
|  | полноты собственной речи больного  | пытается вступить в контакт не получается .присутствуют только междометия : э, да, вот. | Появились в речи : хорошо, спасибо, пожалуйста, да, нет, Зоя |
|  | понимания им ситуативной, обиходной речи | понимает | понимает |
|  | степени речевой активности | пытается ответить, но не может найти правильную артикулему | пытается ответить, но все еще сложно найти правильную артикулему |
|  | темпа речи, ее общих ритмико-мелодических характеристик, степени разборчивости | речь практически отсутствует | появляются отдельные слова, речь при чтении затухающая |
| 2 | Исследование понимания речи. |
|  | специальные устные инструкции | выполняет | выполняет |
|  | нахождение предметов | выполняет | выполняет |
|  | короткие сюжетные тексты | не читает, но разложить по порядку складывает | не читает, но разложить по порядку складывает |
|  | логико-грамматические конструкции | Не ориентируется | Не ориентируется |
| 3 | Исследование автоматической речи |
|  | прямой счет до 10 и обратный | повторяет за логопедом, сам не может, ищет слова | повторяет |
|  | перечисление дней недели, месяцев | Не выполняет | Выполняет при наличии по рукой словаря, т.е.наглядный пример |
|  | окончание пословиц и фраз | Не ориентируется | Не ориентируется |
|  | пение песен со словами | Поет вместе с логопедом, слова подбирает не в рифму и не по те | Поет вместе с логопедом, окончания комкает |
| 4 | Исследование повторной речи |
|  | повторение звуков, слогов, слов, различных по звуковой структуре, фраз, скороговорок | не понимает, что от него хотят, слоги повторяет, глядя на род логопеда.Повторение скороговорок, фраз, для него повторять сложно | Повторяет звуки, слоги, фразы только короткие - хочу пить, я устал. Повторение длинных предложений повторять сложно. Теряется. |
| 5 | Исследование функции называния |
|  | реальных предметов и их картинных изображений | Не может сказать | Не может сказать |
|  | действий (ответы на вопросы-«что делать?», «что делают?» - по сюжетным картинкам | Не может сказать | Не всегда может ответить |
|  | цветов | Идет показ руками | Идет показ руками |
|  | пальцев | Идет показ руками | Идет показ руками |
|  | букв | Идет показ руками | Идет показ руками |
|  | цифр | Идет показ руками | Идет показ руками |
| 6 | Специальные исследования особенностей фразовой речи |
|  | составление фраз с предлогами и без предлогов по сюжетным картинкам | Не выполняет | Не выполняет |
|  | конструирование фраз из заданных слов | Не выполняет | Не выполняет |
|  | заполнение пропусков во фразах | Не выполняет | Не выполняет |
|  | рассказ по сюжетным картинкам | Не выполняет | Не выполняет |
| **7** | Исследование фонематического слуха |
|  | повторение пар слогов и слов с оппозиционными фонемами | выполняет | выполняет |
|  | показ одного из парных слогов или слов, предъявленных письменно (покажите, где написано «ПА» ит.д.) | выполняет | выполняет |
|  | оценка больным качества повторения, произнесенных логопедом слогов и слов с оппозиционными фонемами, который специально произносит в произвольном порядке правильные и не правильные варианты | выполняет | выполняет |
| 8 | Исследование слухо-речевой памяти. Предлагается повторить |
|  | Серии звуков, например , «а с у» или «б ш а» | «а с у» или «б с а»замена ш на с | «а с у» или «б с а»замена ш на с |
|  | серии слов: «дом-лес-кот», «дом-лес-кот-ночь» | выполняет | выполняет |
|  | короткие и длинные сложно-построенные фразы |  Не выполняет | Выполняет короткие фразы |
| 9 | Исследование смысла слова |  |  |
|  | объяснение прямых значений отдельных слов, например ответы на вопрос: «что такое очки, для чего нужны», какая разница между словами : обман и ош |  Не выполняет |  Не выполняет, но пытается объяснить жестами |
|  | объяснение переносных значений слов и фраз, например, «железная рука» , «что посеешь, то и пожнешь» | Не выполняет | Не выполняет |
| 1 | Исследование чтения и письма |
|  | чтение и письмо под диктовку отдельных букв, слогов, слов, фраз, а так же коротких текстов | Не выполняет | Пытается читать, но комкает окончание. Под диктовку не пишет , только списывает |
|  | самостоятельное письмо слов и фраз по картинкам | Не выполняет | Не выполняет |
|  | звуко -буквенный анализ состава слова, т.е. определение количества букв в слове; перечисление этих букв; складывание слов из букв разрезной азбу | Не выполняет |  выполняет |
| 1 | Исследование орального и пространственного праксиса. |
|  | высунуть язык, поднять его кверху, заложить за щеку, подуть, поцокать языком, вытянуть , растянуть губ | Не выполняет, не понимает положение языка |  Выполняет перед зеркалом, когда не получается помогает руками. Поцокать начинает получаться |
|  | два раза подуть и два раза поцокать языком, чередуя эти движения несколько раз подряд | Не выполняет | Выполняет перед зеркалом, цокание получается слабо |
|  | повторение пространственных поз пальцев, и серий движений (например: кулак, ладонь, ребро) | Выполняет, но с ошибками, замедленно | Выполняет  |
|  | **Вывод:** | Афферентная моторная афазия, псевдобульбарная дизартрия | Снижена спазмированность языка, начинает удерживать положение языка. Появляются слова, фразы. |

 **Протокол обследования речи больных перенесших инсульт.**

***Ф.И.О.***  *М.В.Г.* **Возраст** *19.09.57г*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Предъявляемое задание** | **Выполнение задания** |
| **Констатирующий****эксперимент** | **Контрольный****эксперимент** |
| 1 | Исследование общей способности больного к речевой коммуникации. |
|  | полноты собственной речи больного  | Речь собственная полная | Речь собственная полная |
|  | понимания им ситуативной, обиходной речи | Без нарушений | Без нарушений |
|  | степени речевой активности | Активен | Активен |
|  | темпа речи, ее общих ритмико-мелодических характеристик, степени разборчивости | Темп речи замедлен, затухающий. При быстром разговоре комкает окончания | За речью следит, четко проговаривает слова, следит за темпом речи. Но не всегда получается |
| 2 | Исследование понимания речи. |
|  | специальные устные инструкции | выполняет | выполняет |
|  | нахождение предметов | выполняет | выполняет |
|  | короткие сюжетные тексты | выполняет | выполняет |
|  | логико-грамматические конструкции | Без нарушений | Без нарушений |
| 3 | Исследование автоматической речи |
|  | прямой счет до 10 и обратный | выполняет | выполняет |
|  | перечисление дней недели, месяцев | выполняет | выполняет |
|  | окончание пословиц и фраз | выполняет | выполняет |
|  | пение песен со словами | Выполняет, но не хватает дыхания, голос затухает | Выполнять стал лучше, следит за дыханием, за голосом |
| 4 | Исследование повторной речи |
|  | повторение звуков, слогов, слов, различных по звуковой структуре, фраз, скороговорок | Повторяет, но идет нарушение звуков : Р на Л, В на Ф,  | Повторяет |
| 5 | Исследование функции называния |
|  | реальных предметов и их картинных изображений | Выполняет | Выполняет |
|  | действий (ответы на вопросы-«что делать?», «что делают?» - по сюжетным картинкам | Выполняет | Выполняет |
|  | цветов | Выполняет | Выполняет |
|  | пальцев | Выполняет | Выполняет |
|  | букв | Выполняет | Выполняет |
|  | цифр | Выполняет | Выполняет |
| 6 | Специальные исследования особенностей фразовой речи |
|  | составление фраз с предлогами и без предлогов по сюжетным картинкам | Выполняет | Выполняет |
|  | конструирование фраз из заданных слов | Выполняет | Выполняет |
|  | заполнение пропусков во фразах | Выполняет | Выполняет |
|  | рассказ по сюжетным картинкам | Выполняет | Выполняет |
| **7** | Исследование фонематического слуха |
|  | повторение пар слогов и слов с оппозиционными фонемами | Выполняет | Выполняет |
|  | показ одного из парных слогов или слов, предъявленных письменно (покажите, где написано «ПА» ит.д.) | Выполняет | Выполняет |
|  | оценка больным качества повторения, произнесенных логопедом слогов и слов с оппозиционными фонемами, который специально произносит в произвольном порядке правильные и не правильные варианты | Выполняет | Выполняет |
| 8 | Исследование слухо-речевой памяти. Предлагается повторить |
|  | Серии звуков, например , «а с у» или «б ш а» | А С У Б С А | А С У Б Ш А  |
|  | серии слов: «дом-лес-кот», «дом-лес-кот-ночь» | дом-лес-кот», «дом-лес-кот-ночь» | дом-лес-кот», «дом-лес-кот-ночь» |
|  | короткие и длинные сложно-построенные фразы | Выполняет | Выполняет |
| 9 | Исследование смысла слова |
|  | объяснение прямых значений отдельных слов, например ответы на вопрос: «что такое очки, для чего нужны», какая разница между словами : обман и о | Выполняет | Выполняет |
|  | объяснение переносных значений слов и фраз, например, «железная рука» , «что посеешь, то и пожнешь» | Выполняет | Выполняет |
| 10. | Исследование чтения и письма | Выполняет, но голос затухает при чтении | Выполняет |
|  | чтение и письмо под диктовку отдельных букв, слогов, слов, фраз, а так же коротких текстов | Выполняет | Выполняет |
|  | самостоятельное письмо слов и фраз по картинкам | Выполняет | Выполняет |
|  | звуко -буквенный анализ состава слова, т.е. определение количества букв в слове; перечисление этих букв; складывание слов из букв разрезной азбук | Выполняет | Выполняет |
| 1 | Исследование орального и пространственного праксиса. |
|  | высунуть язык, поднять его кверху, заложить за щеку, подуть, поцокать языком, вытянуть, растянуть губы | Язык спазмирован, упражнения не выполнил, поцокать не получилось | Язык еще сохраняет спазмированность, упражнение поцокать еще недостаточно получается. На вверх язык не выводится  |
|  | два раза подуть и два раза поцокать языком, чередуя эти движения несколько раз подряд | Не выполняет | Цокание получается слабо |
|  | повторение пространственных поз пальцев, и серий движений (например: кулак, ладонь, ребро) | Выполняет | Выполняет |
|  | **Вывод:** | Остаточные явления моторной афазии, псевдобульбарная дизартрия | Спазмированность языка снизилась, практически нормализовалось дыхание. Поставлен звук [Р]. |

**Протокол обследования речи больных перенесших инсульт.**

***Ф.И.О.***  *А.В.И.* **Возраст** *12.10.26г.р*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Предъявляемое задание** | **Выполнение задания** |
| **Констатирующий****эксперимент** | **Контрольный****эксперимент** |
| 1. | Исследование общей способности больного к речевой коммуникации. |
|  | полноты собственной речи больного  | в норме | в норме | **+** |
|  | понимания им ситуативной, обиходной речи | в норме |  в норме |
|  | степени речевой активности | активно участвует в разговоре | активно участвует в разговоре |
|  | темпа речи, ее общих ритмико-мелодических характеристик, степени разборчивости | темп речи замедленный, затухающий, при быстром разговоре идет спотыкание речи, «комканье» слов | темп речи приближается к норме, спотыкание отсутствует |
| 2. | Исследование понимания речи. |
|  | специальные устные инструкции | выполняет | выполняет |
|  | нахождение предметов | выполняет | выполняет |
|  | короткие сюжетные тексты | выполняет | выполняет |
|  | логико-грамматические конструкции | в норме |  в норме |
| 3. | Исследование автоматической речи |
|  | прямой счет до 10 и обратный | выполняет | выполняет |
|  | перечисление дней недели, месяцев | выполняет | выполняет |
|  | окончание пословиц и фраз | выполняет | старается |
|  | пение песен со словами | наблюдается затухание голоса | старается |
| 4. | Исследование повторной речи |
|  | повторение звуков, слогов, слов, различных по звуковой структуре, фраз, скороговорок | повторяет,  | повторяет |
| 5. | Исследование функции называния |
|  | реальных предметов и их картинных изображений | выполняет | выполняет |
|  | действий (ответы на вопросы-«что делать?», «что делают?» - по сюжетным картинкам | выполняет | выполняет |
|  | цветов | выполняет | выполняет |
|  | пальцев | выполняет | выполняет |
|  | букв | выполняет | выполняет |
|  | цифр | выполняет | выполняет |
| 6. | Специальные исследования особенностей фразовой речи |
|  | составление фраз с предлогами и без предлогов по сюжетным картинкам | выполняет | выполняет |
|  | конструирование фраз из заданных слов | выполняет | выполняет |
|  | заполнение пропусков во фразах | выполняет | выполняет |
|  | рассказ по сюжетным картинкам | выполняет | выполняет |
| **7.** | Исследование фонематического слуха |
|  | повторение пар слогов и слов с оппозиционными фонемами | выполняет | выполняет |
|  | выполняет | выполняет | выполняет |
|  | оценка больным качества повторения, произнесенных логопедом слогов и слов с оппозиционными фонемами, который специально произносит в произвольном порядке правильные и не правильные варианты | выполняет | выполняет |
| 8. | Исследование слухо-речевой памяти. Предлагается повторить |
|  | Серии звуков, например , «а с у» или «б ш а» | выполняет | выполняет |
|  | серии слов: «дом-лес-кот», «дом-лес-кот-ночь» | выполняет | выполняет |
|  | короткие и длинные сложно-построенные фразы | выполняет | выполняет |
| 9. | Исследование смысла слова |  |  |
|  | объяснение прямых значений отдельных слов, например ответы на вопрос: «что такое очки, для чего нужны», какая разница между словами : обман и ошибка | выполняет | выполняет |
|  | объяснение переносных значений слов и фраз, например, «железная рука» , «что посеешь, то и пожнешь» | выполняет | выполняет |
| 10. | Исследование чтения и письма | выполняет | выполняет |
|  | чтение и письмо под диктовку отдельных букв, слогов, слов, фраз, а так же коротких текстов | выполняет без ошибок | выполняет без ошибок |
|  | самостоятельное письмо слов и фраз по картинкам | выполняет | выполняет |
|  | звуко -буквенный анализ состава слова, т.е. определение количества букв в слове; перечисление этих букв; складывание слов из букв разрезной азбуки | выполняет | выполняет |
| 11. | Исследование орального и пространственного праксиса. |
|  | высунуть язык, поднять его кверху, заложить за щеку, подуть, поцокать языком, вытянуть, растянуть губы |  выполняет | выполняет |
|  | два раза подуть и два раза поцокать языком, чередуя эти движения несколько раз подряд | выполняет |  выполняет |
|  | повторение пространственных поз пальцев, и серий движений (например: кулак, ладонь, ребро) | выполняет | выполняет |
|  | **Вывод:** | Остаточные явление моторной афазии, проявления полтерн | Спотыкание отсутствует, но если начинает торопиться и не следить за речью, полтерн наблюдается в речи. |

**Протокол обследования речи больных перенесших инсульт.**

***Ф.И.О.***  *К.В.З.* **Возраст** *1937г.р.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Предъявляемое задание** | **Выполнение задания** |
| **Констатирующий****эксперимент** | **Контрольный****эксперимент** |
| 1 | Исследование общей способности больного к речевой коммуникации. |
|  | полноты собственной речи больного  | **-** | **-** |
|  | понимания им ситуативной, обиходной речи | **-** | **-** |
|  | степени речевой активности | **-** | **-** |
|  | темпа речи, ее общих ритмико-мелодических характеристик, степени разборчивости | **-** | **-** |
| 2 | Исследование понимания речи. |
|  | специальные устные инструкции | **-** | **-** |
|  | нахождение предметов | **-** | **-** |
|  | короткие сюжетные тексты | **-** | **-** |
|  | логико-грамматические конструкции | **-** | **-** |
| 3 | Исследование автоматической речи |
|  | прямой счет до 10 и обратный | **-** | **-** |
|  | перечисление дней недели, месяв | **-** | **-** |
|  | окончание пословиц и фраз | **-** | **-** |
|  | пение песен со словами | **-** | **-** |
| 4 | Исследование повторной речи |
|  | повторение звуков, слогов, слов, различных по звуковой структуре, фраз, скороговорок | **-** | **-** |
| 5 | Исследование функции называния |
|  | реальных предметов и их картинных изображений | **-** | **-** |
|  | действий (ответы на вопросы-«что делать?», «что делают?» - по сюжетным картинкам | **-** | **-** |
|  | цветов | **-** | **-** |
|  | пальцев | **-** | **-** |
|  | букв | **-** | **-** |
|  | цифр | **-** | **-** |
| 6 | Специальные исследования особенностей фразовой речи |
|  | составление фраз с предлогами и без предлогов по сюжетным картинкам | **-** | **-** |
|  | конструирование фраз из заданных слов | **-** | **-** |
|  | заполнение пропусков во фразах | **-** | **-** |
|  | рассказ по сюжетным картинкам | **-** | **-** |
| **7** | Исследование фонематического слуха |
|  | повторение пар слогов и слов с оппозиционными фонемами | **-** | **-** |
|  | показ одного из парных слогов или слов, предъявленных письменно (покажите, где написано «ПА» ит.д.) | **-** | **-** |
|  | оценка больным качества повторения, произнесенных логопедом слогов и слов с оппозиционными фонемами, который специально произносит в произвольном порядке правильные и не правильные варианты | **-** | **-** |
| 8 | Исследование слухо-речевой памяти. Предлагается повторить |
|  | Серии звуков, например , «а с у» или «б ш а» | **-** | **-** |
|  | серии слов: «дом-лес-кот», «дом-лес-кот-ночь» | **-** | **-** |
|  | короткие и длинные сложно-построенные фразы | **-** | **-** |
| 9 | Исследование смысла слова |  |  |
|  | объяснение прямых значений отдельных слов, например ответы на вопрос: «что такое очки, для чего нужны», какая разница между словами : обман и ошибка | **-** | **-** |
|  | объяснение переносных значений слов и фраз, например, «железная рука» , «что посеешь, то и пожнешь» | **-** | **-** |
| 1 | Исследование чтения и письма |
|  | чтение и письмо под диктовку отдельных букв, слогов, слов, фраз, а так же коротких текстов | **-** | **-** |
|  | самостоятельное письмо слов и фраз по картинкам | **-** | **-** |
|  | звуко -буквенный анализ состава слова, т.е. определение количества букв в слове; перечисление этих букв; складывание слов из букв разрезной азбук | **-** | **-** |
| 1 | Исследование орального и пространственного праксиса. |
|  | высунуть язык, поднять его кверху, заложить за щеку, подуть, поцокать языком, вытянуть , растянуть гу | **-** | **-** |
|  | два раза подуть и два раза поцокать языком, чередуя эти движения несколько раз подряд | **-** | **-** |
|  | повторение пространственных поз пальцев, и серий движений (например: кулак, ладонь, ребро) | **-** | **-** |
| 1 | Исследование счета: |
|  | решение простых арифметических примеров | **-** | **-** |
|  | 7+2 | **-** | **-** |
|  | 8+15 | **-** | **-** |
|  | 21+7 | **-** | **-** |
|  | восполнение пропущенного арифметического знака | **-** | **-** |
|  | 5 7=35 | **-** | **-** |
|  | 20 4=5 | **-** | **-** |
|  | **Вывод:** | Тотальная афазия. | Сдвигов нет. Тотальная афазия. |