МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ РФ

Курский государственный университет

Факультет ДЕФЕКТОЛОГИИ

кафедра медицины и логопедии дисциплина: неврология

РЕФЕРАТ

на тему:

Моторная афазия: виды, причины развития, лечение

**Выполнила**: **студентка З/О, группы 3/4 лого**

**Свистунова**

**Ольга Николаевна**

**Проверил**: **Ласков**

**Виталий Борисович**

**Курск-2006**

План

Введение

Моторная афазия

Коррекционно-педагогическая работа по преодолению афазии

Коррекционно-педагогическая работа при афферентной моторной афазии

Коррекционно-педагогическая работа при эфферентной моторной афазии

Коррекционно-педагогическая работа при динамической моторной афазии

Заключение

Литература

## Введение

Проблема этиологии речевых нарушений прошла тот же путь исторического развития, что и общее учение о причинах возникновения болезненных состояний.

Еще в глубокой древности греческий философ и врач Гиппократ (460 - 377 гг. до н. э) видел причину ряда речевых расстройств в поражении мозга.

Другой греческий философ Аристотель (384 - 322 гг. до н. э), связывая процессы речеобразования с анатомическим строением периферического речевого аппарата, усматривая причины речевых расстройств в нарушениях последнего.

Представления об этиологии речевых расстройств на всех этапах изучения данной проблемы отражают понимание их сущности, а также общие методологические направления определенной эпохи и авторов. Несмотря на то, что предположение о роли поражения головного мозга в этиологии речевых расстройств было высказано еще за четыре столетия до н.э. Гиппократом, подлинно научное подтверждение ему было дано лишь в 1861 г., когда французский врач Поль Брока показал наличие в головном мозге поля, специально относящегося к речи, и связал потерю речи с его поражением. В 1874 г. аналогичное открытие было сделано Вернике: установлена связь понимания с сохранностью определенного участка коры головного мозга. С этого времени стала доказанной связь речевых расстройств с морфологическими изменениями определенных отделов коры головного мозга.

Этиологические факторы, вызывающие нарушения речи, сложны и полиморфны.

Изучение причин системных речевых расстройств коркового генеза (афазии) с учетом локализации, характера и времени поражения мозга является важным вопросом этиологии речевых нарушений.

Речь - способность произносить слова. Речевые центры обычно локализуются в левом полушарии (у правшей).

Моторный центр речи находится в левой лобной доле в участке, прилегающем к двигательной зоне прецентральной извилины, управляющей движениями мышц лица, языка, челюсти, глотки.

У детей первоначально обработка речевых сигналов осуществляется обоими полушариями. Доминантность левого полушария формируется позже. Если у ребенка, научившегося говорить, поражаются речевые зоны левого полушария, то у него развивается **афазия** - расстройство речи. Однако примерно через год речь восстанавливается в связи с перемещением центра речи в правое полушарие. Подобная передача речевых функций от левого полушария правому возможна только до десяти лет. У левшей речевые центры могут изначально локализоваться в правом полушарии.

Функциональная система речи объединяет различные отделы полушарий головного мозга в единую функциональную систему, обеспечивающую самую сложную из психических функций - речь.

## Моторная афазия

***МОТОРНАЯ (*экспрессивная) афазия** - частичная или полнаяутрата способности говорить при сохранности понимания чужой речи.

Выделяются:

***афферентная кинестетическая*** *моторная афазия*. Возникает при поражении вторичных зон постцентральных и нижнетеменных отделов коры головного мозга, расположенных сзади от центральной, или Роландовой, борозды (поля 7, 40 по Бродману). Вторичные поля постцентральных и нижнетеменных отделов тесно связаны с первичными полями, для которых характерно четкое соматотопическое строение.

*Нарушение экспрессивной речи.* А.Р. Лурия отмечает, что существуют два варианта афферентной кинестетической моторной афазии. Первый характеризуется нарушением пространственного, симультанного синтеза движений различных органов артикуляционного аппарата и полным отсутствием ситуативной речи при грубой выраженности расстройства. Второй вариант, носящий в клинике название "проводниковой афазии", отличается значительной сохранностью ситуативной, клишеобразной речи при грубом распаде повторения, называния и других произвольных видов речи. Этот вариант афферентной кинестетической моторной афазии характеризуется преимущественно нарушением дифференцированного выбора способа артикуляций и симультанным синтезом звуковых и слоговых комплексов, входящих в слово.

*Нарушение понимания.* На раннем этапе после травмы или инсульта при афферентной афазии может наблюдаться грубое нарушение понимания речи. Это объясняется тем, что в процессе понимания значительную роль играет кинестетический контроль, сопряженное, скрытое произнесение воспринятого на слух сообщения.

Период значительного непонимания речи у больных с афферентной кинестетической моторной афазией непродолжителен (от одного дня до нескольких суток после инсульта), после чего у них отмечается быстрое восстановление понимания ситуативной разговорной речи, понимание значений отдельных слов, возможность выполнения несложных инструкций.

*Нарушение чтения и письма.* При афферентной кинестетической моторной афазии степень нарушения чтения и письма зависит от тяжести апраксии артикуляционного аппарата.

***эфферентная*** *моторная афазия* (синдром Брока). Возникает при поражении передних ветвей левой средней мозговой артерии (центр Брока, поля 44 и 45 по Бродману).

Линейная, временная организация движения осуществляется премоторными зонами коры головного мозга.

Поражение премоторных отделов мозга вызывает патологическую инертность речевых стереотипов, приводящих к звуковым, слоговым и лексическим перестановкам и персеверациям, повторам. Персеверации, непроизвольные повторы слов, слогов, являющиеся следствием невозможности своевременного переключения с одного артикуляторного акта на другой, затрудняют, а иногда делают полностью невозможными устную речь, письмо, чтение.

*Нарушение экспрессивной речи.* При грубой эфферентной моторной афазии на раннем этапе после нарушения мозгового кровообращения может полностью отсутствовать собственная речь.

*Нарушение чтения и письма.* При эфферентной моторной афазии наблюдается выраженная аграфия: запись слова или фразы возможна лишь при проговаривании слов по слогам. В более тяжелых случаях при правильном повторении слова невозможна не только его запись, но и складывание из уже выбранных букв разрезной азбуки.

*Нарушение понимания.* В основе расстройства понимания при эфферентной моторной афазии лежит инертность протекания всех видов речевой деятельности, нарушения так называемого "чувства языка" и предикативной функции внутренней речи.

***динамическая*** *моторная афазия.* Возникает при поражении заднелобных отделов левого доминантного по речи полушария, т.е. отделов третьего функционального блока - блока активации, регуляции и планирования речевой деятельности.

Основным речевым дефектом при этой форме афазии является трудность, а иногда и полная невозможность активного развертывания высказывания.

*Нарушение экспрессивной речи.* Существует несколько вариантов динамической афазии, характеризующихся разной степенью нарушения коммуникативной функции, от полного отсутствия экспрессивной речи до некоторой степени нарушения речевой коммуникации.

*Нарушение понимания речи.* При поражении премоторных систем нарушается не только процесс развертывания речевого замысла, но и свертывания речевых структур, необходимых для понимания смысла текста.

Элементарный счет при динамической афазии остается сохранным даже при грубом распаде экспрессивной речи. Однако при этой форме афазии резко нарушается решение арифметических задач, требующих для своего осуществления построения плана действий.

## Коррекционно-педагогическая работа по преодолению афазии

Большой вклад по разработке принципов и приемов преодоления афазии внесли Э.С. Бейн, М.К. Бурлакова (Шохор-Троцкая), Т.Г. Визель, А.Р. Лурия, Л.С. Цветкова.

При разработке плана коррекционно-педагогической работы следует придерживаться следующих положений:

После завершения обследования больного, логопед определяет, какая область второго или третьего "функционального блока" мозга больного пострадала в результате инсульта или травмы, какие области мозга больного сохранены. Сохранность функций правого полушария и третьего "функционального блока" левого полушария позволяет воспитать у больного **установку** на восстановление нарушенной речи.

Выбор приемов коррекционно-педагогической работы зависит от этапа, или стадии восстановления речевых функций.

Коррекционно-педагогическая система занятий предполагает такой выбор приемов работы, который позволил бы либо восстановить первично нарушенную предпосылку (при ее неполной поломке), либо реорганизовать сохранные звенья речевой функции.

Независимо от того, какая первичная нейропсихологическая предпосылка оказывается нарушенной, при любой форме афазии ведется работа над всеми сторонами речи: над экспрессивной речью, пониманием, письмом и чтением.

При всех формах афазии восстанавливается коммуникативная функция речи, развивается самоконтроль за ней.

При всех формах афазии ведется работа над восстановлением словесных понятий, включением их в различные словосочетания.

В работе используются развернутые внешние опоры и постепенная их интериоризация по мере перестройки и автоматизации нарушенной функции.

Динамика восстановления нарушенных речевых функций зависит от места и объема очага поражения, от формы афазии, сроков начала восстановительного обучения и преморбидного уровня больного.

При афазиях, возникших вследствие кровоизлияния в мозг, речь восстанавливается лучше, чем при тромбоэмболии сосудов головного мозга или обширных травмах мозга. Афазические расстройства у 5-6 летних детей (в большинстве случаев травматического происхождения) преодолеваются быстрее, чем у школьников и взрослых.

## Коррекционно-педагогическая работа при афферентной моторной афазии

Коррекционно-педагогическая помощь по преодолению афферентной моторной афазии опирается на включение сохранного зрительного и акустического контроля, а также контролирующей функции лобных отделов левого полушария у правшей, в комплексе осуществляющих зрительный и слуховой анализ читаемого и воспринятого на слух речевого сигнала, контроль над оптическим синтезом видимых элементов артикулярного уклада и т.п. *Восстановление понимания.* При грубых нарушениях экспрессивной речи основное внимание уделяется восстановлению фонематического слуха, ориентации в пространстве, уточнению значений предлогов, наречий, пониманию личных местоимений в косвенных падежах, антонимов, синонимов.

## Коррекционно-педагогическая работа при эфферентной моторной афазии

Основными задачами коррекционно-педагогической работы при эфферентной моторной афазии являются преодоление патологической инертности в звене порождения слоговой структуры слова, восстановление чувства языка, преодоление инертности выбора слов, аграмматизма, восстановление структуры устного и письменного высказывания, преодоление алексии и аграфии. При "передних" эфферентной моторной и динамической афазиях работа опирается на сохранную парадигматическую систему и на привнесение извне логопедом программы и схемы речевого высказывания, начиная от программирования и планирования слоговой структуры слова и кончая восстановлением планирования фразы и текста.

## Коррекционно-педагогическая работа при динамической моторной афазии

Основной задачей работы при динамической моторной афазии является преодоление дефектов внутреннего речевого программирования.

Логопед в процессе индивидуальной и коллективной работы с больными с афазией модифицирует имеющиеся в арсенале дефектологии приемы и методы коррекционно-педагогической работы, привнося свой индивидуальный опыт.

Во многом результаты коррекционно-педагогической работы зависят от настойчивости логопеда и больного, являющихся по существу сотрудниками в достижении одной цели: максимального восстановления речи на фоне лечения.

## Заключение

Охрана здоровья населения относится к важнейшей функции государства. Профилактическая направленность в деле сохранения здоровья и воспитания гармонически развитой личности составляет главное содержание гуманизма. Синтез гигиенических, воспитательных и коррекционных мероприятий призван обеспечить развитие физических и духовных сил подрастающего поколения.

Решением этих задач неразрывно связано с профилактикой и своевременным выявлением отклонений в физическом, нервно-психическом и речевом развитии детей.

По данным мировой статистики, число речевых расстройств растет, в связи с чем актуальность проблемы профилактики речевых нарушений детей и подростков принимает глобальный характер.

В плане развития логопедической помощи населению стоят следующие задачи:

предупреждение речевых нарушений - первичная профилактика;

предупреждение перехода речевых расстройств в хронические формы, а также предупреждение последствий речевой патологии - вторичная профилактика;

социально-трудовая адаптация лиц, страдающих речевой патологией, - третичная профилактика.

*Первичная профилактика.* Предупреждение нарушений в речевом развитии основывается на мерах социального, педагогического и прежде всего психологического предупреждения расстройств психических функций.

*Вторичная профилактика.* Известно, что нарушения речи отражаются на психическом развитии ребенка, формировании его личности и поведения (вторичные расстройства).

Такое глубокое расстройство речи, как афазия, в той или иной мере ограничивает умственное развитие в целом. Это происходит как в силу функционального единства речи и мышления, так и вследствие нарушения нормальной связи с окружающими. Последнее обедняет знания, эмоции и другие психические проявления личности.

Логопедическая профилактика может быть действенной лишь при условии полного знания о развитии ребенка (физического, психического, речевого и т.д.) с опорой на нормативы развития.

*Третичная профилактика.* Некоторые дефекты речи ограничивают возможности выбора профессии. Профессиональная ориентация и обучение лиц страдающих патологией речи, входит в задачи третичной профилактики последствий речевых нарушений.

Основным направлением этого этапа является глубокий учет личностных возможностей и интересов каждого ученика, страдающего тяжелым нарушением речи.

Целью трудового воспитания учащихся школы для детей с тяжелыми речевыми нарушениями является формирование у подрастающего поколения прочного убеждения в том, что труд представляет собой основную сферу реализации личности. Школа должна подготовить учащихся к общественно-полезной деятельности и участию в производительном труде.

## Литература

1. КРАТКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ЭНЦИКЛОПЕДИЯ, том 1.
2. М., "Советская энциклопедия", 1972.
3. В.Б. Ласков, В.А. Иванов. ОСНОВЫ НЕВРОПАТОЛОГИИ. Курск, КГПУ, 2002.
4. ЛОГОПЕДИЯ / под ред. Л.С. Волковой и С.Н. Шаховской / М., ВЛАДОС, 2002.