



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Руководства по реабилитации

Логопедическая диагностика и реабилитация пациентов с повреждениями ГОЛОВНОГО МОЗГА

Год утверждения (частота пересмотра): **2014 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: **PP2**

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Национальная ассоциация по борьбе с инсультом**
- **Всероссийское общество неврологов**
- **Ассоциация нейрохирургов России**
- **МОО Объединение нейроанестезиологов и нейрореаниматологов**
- **Союз реабилитологов России**

Рабочая группа по подготовке текста рекомендаций

Ахутина Т. В., д. психол.н., профессор (Москва)
Варако Н. А., к. психол.н. (Москва)
Иванова М.В., к. психол.н. (Москва)
Ларина О.Д. (Москва)
Микадзе Ю.В., д. психол. н., профессор (Москва)
Норвилс С.Н. (Москва)
Царева И.В. (Москва)

Научное редактирование: Ахутина Т.В., Микадзе Ю.В.

■ Утверждено:

Главный внештатный специалист по медицинской психологии МЗ
РФ Ю.П.Зинченко

Профильная комиссия по медицинской реабилитации Экспертного
Совета МЗ РФ

Председатель Г.Е. Иванова

Оглавление

Введение -----	4
Методология -----	5-6
Определение и виды нарушений речи, голоса и глотания -----	6-13
Основные направления логопедической работы в остром периоде ----	13
Диагностика -----	13-19
Лечение и реабилитация -----	19-30
Недопустимые действия при речевых нарушениях -----	30
Обучение пациентов и их родственников -----	31-33
Профилактика -----	33-34
Литература -----	35-36

ВВЕДЕНИЕ

Наиболее частым последствием инсульта, черепно-мозговой травмы, нейрохирургического вмешательства и др. являются речевые нарушения (примерно 30-40% от общего числа больных), проявляющиеся в форме афазий и дизартрий, которые нередко сочетаются с патологией других высших психических функций (различными видами агнозий и апраксий), нарушения глотания (около 19-81% больных с инсультом), двигательные и психические расстройства (Шкловский, 2003; Rofes L. et al., 2013).

Психические расстройства связаны либо непосредственно с очаговой или общемозговой симптоматикой, либо являются реакцией на дефект, т.е. на резко изменившийся социальный статус и положение в семье.

В остром периоде после стабилизации жизненно-важных функций больной начинает оценивать своё состояние: невозможность речевого общения, ограничение самостоятельного передвижения, социально-бытовую некомпетентность, и, наконец, неверие в возможность возвращения к труду. Все это приводит к появлению депрессии, тяжелых невротических состояний, суицидальных мыслей, а также к целому ряду других психических расстройств, которые и являются причиной социальной депривации.

Согласно мировой статистике, в настоящее время отмечается стремительная тенденция к увеличению числа больных с инсультом, а также к их «омоложению». По данным ВОЗ, 30% больных составляют лица трудоспособного возраста. 75-80% больных, перенесших инсульт или получивших тяжелую черепно-мозговую травму, полностью утрачивают профессиональные навыки и трудоспособность. В результате появления речевых и двигательных расстройств больные переводятся на инвалидность I или II группы без права работы. При этом важнейшим фактором при определении степени инвалидности является именно нарушение речи. Речевые расстройства, как правило, являются следствием более тяжелой формы инсульта или черепно-мозговой травмы, и сам по себе коммуникативный дефицит делает пациента более инвалидизированным (Цветкова, Глозман, Калита, Максименко, Цыганок, 1980; Глозман, 2003).

Эти факты и цифры наглядно показывают, насколько актуальной и масштабной стала проблема оказания данному контингенту больных комплексной специализированной помощи, начиная с самого раннего этапа заболевания, которая охватывала бы круг вопросов, связанных с лечением больных, максимальным восстановлением или компенсацией утраченных ими двигательных и высших психических функций (Davis, 2014; Шкловский, 2003). Чрезвычайно важное место в комплексе лечебно-восстановительных мероприятий занимает восстановительное обучение, включающее различные методы логопедической, нейропсихологической, психологической, педагогической, социально-психологической и других видов работы (Цветкова, 2004; Шкловский, Визель, 2011; Шохор-Троцкая

(Бурлакова), 2001).

Основной целью восстановительного обучения больных с речевыми нарушениями вследствие инсульта и черепно-мозговой травмы является работа по преодолению афазий, дизартрий (апраксий и агнозий в том числе), а также работа по восстановлению голоса и глотания.

Методология и основные принципы восстановительного обучения определяются прежде всего тем, что указанные нарушения представляют собой следствие локальных поражений головного мозга (Цветкова, 1979, 2004; Шкловский, Визель, 2011). В остром периоде на проявления локальных поражений накладывается общая реакция мозга на повреждение, выражающаяся диашизом (охранительным торможением), функционально расширяющим размеры патологического очага (Лурия, 1948). Такой динамический компонент резко усугубляет картину речевых и когнитивных нарушений и длится, как правило, от 3-х до 6-ти недель.

Эффективность нейрореабилитации обеспечивается комплексом мероприятий, охватывающим: медикаментозное лечение; ЛФК, массаж, физиотерапию; восстановительное обучение, предполагающее индивидуальную и групповую логотерапию, а также систему психолого-коррекционного воздействия; мероприятия по социально-трудовой и социально-бытовой реабилитации; психотерапию, в том числе и семейную.

Клинические рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации больных в остром периоде представляют собой практическое руководство для специалистов, занимающихся проблемой нарушений речи, голоса и глотания.

Концепция разработчиков клинических рекомендаций заключается в донесении до логопедов, работающих в остром сосудистом отделении, определенных правил и стандартов, оказывающих помощь в диагностике и лечении больных с вышеуказанными нарушениями.

Рекомендации прошли процессы авторской разработки, редактирования и рецензирования под руководством председателя профильной комиссией по медицинской реабилитации Экспертного Совета МЗ РФ.

МЕТОДОЛОГИЯ

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

- поиск в электронной базе данных
- публикации в профильных медицинских журналах, монографиях

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств: доказательной базой для рекомендаций явились публикации, вошедшие в базу данных PSYCHOLIT, MEDLINE, PUBMED, Elsevier (платформа Science Direct) -URL: <http://www.sciencedirect.com>, Sage Publications - URL: <http://online.sagepub.com/>, Springer/Kluwer - URL: <http://www.springerlink.com>, Tailor & Francis - URL: <http://www.informaworld.com>, Ресурсы Института научной информации по

общественным наукам Российской академии наук (ИНИОН РАН) - URL: <http://elibrary.ru/> .

Методы, использованные для оценки качества доказательств:

- консенсус экспертов
- консультации и экспертная оценка

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

- внешняя экспертная оценка
- внутренняя экспертная оценка

Описание методов валидации рекомендаций

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доступность для понимания изложенных интерпретаций приведенных в рекомендациях доказательств.

Получены комментарии со стороны логопедов, медицинских психологов, врачей-неврологов, реаниматологов отделений /палат интенсивной терапии и реанимации, в отношении доходчивости изложения материала и его важности, как рабочего инструмента повседневной практики. Предварительная версия была так же направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования, для получения комментариев с точки зрения пациента.

Комментарии, полученные от экспертов, регистрировались, тщательно анализировались и обсуждались членами рабочей группы. Принятые решения обосновывались и так же регистрировались.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ВИДЫ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ, ГОЛОСА И ГЛОТАНИЯ

Речь – важнейшая функция человека. Для нормальной речевой деятельности необходимо согласованное функционирование головного мозга и других отделов нервной системы. В осуществлении речевой функции, а также письма и чтения принимают участие зрительный,

слуховой, двигательный и кинестетический анализаторы. Большое значение имеют сохранность иннервации мышц языка, гортани, мягкого неба, состояние придаточных пазух и полости рта, играющих роль резонаторных полостей. Кроме того, важна координация дыхания и произношения звуков (Бадалян, 1984).

Сложность речевых механизмов обуславливает и разнообразие речевых нарушений. Наиболее распространенными из них являются *афазии и дизартрии*. Данные речевые нарушения наблюдаются более чем у трети больных, перенесших инсульт и черепно-мозговую травму, и являются вторым по значимости и распространенности дефектом после двигательных нарушений.

Афазия – это системное нарушение речи, которое возникает при локальных поражениях коры доминантного полушария головного мозга (у правшей – левого, и соответственно, правого – у левшей); характеризуется нарушениями разных языковых модальностей (экспрессивная речь, импрессивная речь, чтение и письмо); охватывает разные уровни организации речи (фонетику, лексику, грамматику, семантику); влияет на ее связи с другими психическими процессами и приводит к дезинтеграции всей психической сферы человека, нарушая, прежде всего коммуникативную функцию речи.

Клинические картины афазий неоднородны. Различия между ними обусловлены прежде всего локализацией очага поражения. Существуют так называемые речевые зоны мозга: задние отделы нижней лобной извилины, средние и задние отделы верхней височной извилины, нижняя теменная область (область, граничащая с отделами передней центральной извилины, отвечающими за движения гортани, губ и языка), а также зона, расположенная на стыке теменной, височной и затылочной областей левого доминантного полушария головного мозга (Лурия, 1947, 1969, 2002).

Ключевые моменты в определении афазии, значимые для дифференциальной диагностики (Chapey, 2008; Davis, 2014):

1) Афазия – нейрогенное расстройство. Афазия всегда является результатом той или иной формы повреждения головного мозга. Чаще всего афазии вызваны инсультом, но также они могут возникать из-за травм головы, хирургического вмешательства, роста опухоли или инфекции.

2) Афазия – приобретенное расстройство, которое характеризуется полной или частичной потерей функции уже сформировавшейся речи. Термин «детская афазия» относится к проблеме нарушения уже сформировавшейся речи у детей.

3) Афазия включает расстройства разных языковых уровней: устной речи, понимания обращенной речи, чтения и письма. В большинстве случаев происходит нарушение (хотя и неравномерное) во всех четырех языковых модальностях.

4) Афазия – это не расстройство органов чувств или интеллекта. Кроме того, афазия не является результатом психического расстройства. Такие исключительные характеристики определения афазии крайне важны для ориентации в широком спектре других когнитивных расстройств.

Таким образом, понятие афазии сводится к признанию системности речевого расстройства, а также нарушения процессов как внешней, так и внутренней речи. Показателем системности речевой функции является то, что она обеспечивается одновременным взаимодействием различных функциональных систем головного мозга, а не последовательной работой их звеньев.

Помимо локализации очага поражения и его размеров, специфику нарушения речи при каждой из форм афазии определяет степень тяжести и этап заболевания. Важную роль играют также патогенетические механизмы. Так, например, при сосудистых поражениях головного мозга большое значение имеет характер нарушения мозгового кровообращения, степень выраженности нейродинамического компонента, состояние непораженных участков мозга и т.д. При афазиях же, имеющих травматическую или опухолевую этиологию, наиболее значимы тяжесть деструктивного дефекта, а также сроки и характер оперативного вмешательства. Определенное значение имеют и преморбидные интеллектуально-характерологические черты личности больного (Лурия, 1947; Опель, 1972).

Для понимания специфики речевого расстройства при той или иной форме афазии, а, следовательно, и для обеспечения дифференцированного подхода к их преодолению, чрезвычайно важно выявить как механизм нарушения, или иначе, нарушенное звено в речевой системе, обуславливающее характер афазиологического синдрома, так и определить локализацию очага поражения в головном мозге с помощью нейровизуализационных методов исследования, таких как компьютерная томография (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ).

В отечественной и зарубежной афазиологии существуют различные классификационные системы афазических расстройств. В России наиболее распространенной является классификация А.Р. Лурия (1947, 1969, 2002). Согласно этой классификации существуют следующие формы афазий:

1. Моторная афазия эфферентного типа.
2. Динамическая афазия.
3. Моторная афазия афферентного типа.
4. Сенсорная (акустико-гностическая) афазия.
5. Акустико-мнестическая афазия.
6. Семантическая афазия.

В клинической практике принято также выделять *амнестическую и проводниковую* афазии, входящие в классическую неврологическую классификацию.

Приведенные ниже характеристики различных форм афазии

соответствуют представлениям нейропсихологии, созданной выдающимся отечественным неврологом и нейропсихологом А.Р. Лурия.

Эфферентная моторная афазия обусловлена поражением нижних отделов премоторной зоны. В норме эта зона обеспечивает плавную смену одного орального или артикуляционного акта другим, что необходимо для слияния артикуляций в сукцессивно организованные ряды - «кинетические двигательные мелодии» (по терминологии А.Р. Лурия). При очаговых поражениях премоторной зоны возникает патологическая инертность артикуляторных актов, появляются персеверации, препятствующие свободному переключению с одной артикуляционной позы на другую. В результате речь больных становится малопродуктивной, разорванной, сопровождается "застреванием" на отдельных фрагментах высказывания. Эти дефекты произносительной стороны речи вызывают системные расстройства и других сторон речевой функции: чтения, письма, а частично и понимания речи. В отличие от эфферентной моторной афазии (см. ниже), где артикуляционная апраксия относится к единичным позам, при эфферентной она относится к их сериям. Больные относительно легко произносят отдельные звуки, но испытывают существенные затруднения при произнесении слов и фраз. Построение фраз резко нарушено, в грубых случаях наблюдаются явления «телеграфного стиля». Этот синтаксический компонент эфферентной моторной афазии может проявляться при относительно маловыраженных произносительных трудностях. В таком случае говорят о «синтаксической афазии», или, другими словами, втором варианте динамической афазии (см. ниже).

При *динамической афазии* имеет место поражение мозга в заднелобных отделах левого полушария, расположенных спереди от «зоны Брока». Речевой дефект проявляется здесь главным образом в речевой спонтанности и инактивности. В настоящее время выделены два варианта динамической афазии (Ахутина, 2002). Первый вариант характеризуется преимущественным нарушением функции речевого программирования, в связи с чем больные пользуются, в основном, готовыми речевыми штампами, не требующими специальной «деятельности программирования». Их речь отличается бедностью, односложностью ответов в диалоге. При втором варианте преобладают нарушения функции грамматического структурирования: в речи больных данной группы выражен экспрессивный аграмматизм, который проявляется в виде ошибок «согласования», а также явлений «телеграфного стиля». Произносительные трудности в обоих вариантах незначительны.

Рассмотренные формы афазий возникают при поражении передней речевой зоны, являющейся частью III блока мозга, по А.Р. Лурии (1973). Нижеследующие формы афазий возникают при поражении задней речевой зоны (II блока мозга, по А.Р. Лурии).

Афферентная моторная афазия обусловлена поражением нижних отделов постцентральной зоны мозга. Центральным расстройством

является нарушение кинестетической афферентации произвольных оральных движений. Больные теряют способность совершать по заданию те или иные движения языком, губами и другими органами артикуляции. Непроизвольно эти движения могут быть легко выполнены ими, поскольку не имеется парезов, ограничивающих объем оральных движений. Такие нарушения движений носят название оральной апраксии. Оральная апраксия лежит в основе артикуляционной апраксии, имеющей непосредственное отношение к произнесению звуков речи. Она проявляется в распаде отдельных артикуляционных поз или, иначе, артикулем. В устной речи больных в зависимости от степени грубости апраксии это проявляется в: отсутствии артикулированной речи; искаженном воспроизведении поз; поисках артикуляции. Вторично системно нарушены другие стороны речевой функции.

Сенсорная (акустико-гностическая) афазия возникает при поражении верхневисочных отделов так называемой зоны Вернике. В качестве первичного дефекта рассматривается речевая слуховая агнозия, лежащая в основе нарушений фонетического слуха. Больные теряют способность дифференцировать фонемы, т.е. выделять признаки звуков речи, несущих в языке смысловозначительные функции. Расстройства фонематического слуха, в свою очередь, обуславливают грубые нарушения импрессивной речи (понимания). Появляется феномен «отчуждения смысла слова», который характеризуется «расслоением» звуковой оболочки слова и обозначаемого им предмета. Звуки речи теряют для больного свое константное (стабильное) звучание и каждый раз воспринимаются искаженно, смешиваются между собой по тем или иным параметрам. В результате этой звуковой лабильности в экспрессивной речи больных появляются характерные дефекты: логорея (обилие речевой продукции), как результат «погони за ускользающим звуком», замены одних слов другими и одних звуков другими (вербальные и литеральные парафазии).

Акустико-мнестическая афазия обусловлена очагом поражения, расположенным в средних и задних отделах височной области. В отличие от акустико-гностической (сенсорной) афазии, акустический дефект проявляется здесь не в сфере фонематического анализа, а в сфере слуховой мнестической деятельности. Больные теряют способность к удержанию в памяти воспринятой на слух информации, проявляя тем самым слабость акустических следов. Наряду с этим у них обнаруживается сужение объема запоминания. Эти дефекты приводят к определенным трудностям понимания развернутых текстов, требующих участия слухо-речевой памяти. В собственной речи больных с этой формой афазии основным симптомом является словарный дефицит, связанный как с вторичным обеднением ассоциативных связей слова с другими словами данного семантического куста, так и с недостаточностью зрительных представлений о предмете.

Семантическая афазия возникает при поражении теменно-

затылочных областей левого доминантного полушария. Основным проявлением речевой патологии при этом виде афазии является импрессиивный аграмматизм, т.е. неспособность понимать сложные логико-грамматические обороты речи. Этот дефект является, как правило, одним из видов более общего расстройства пространственного гнозиса, а именно, способности к симультанному синтезу. Поскольку во фразовой речи основными «детальными», связывающими слова в единое целое (логико-грамматическую конструкцию), служат грамматические элементы слов, основную трудность для больных представляет выделение этих элементов из текста и понимание их смысловой роли, особенно пространственной (пространственные предлоги, наречия и т.д.). При этом способность к улавливанию формально-грамматических искажений (ошибок «согласования») остается у этих больных сохранной.

Стоит подчеркнуть, что в остром периоде часто бывает сложно дифференцировать разные виды афазий между собой. Это обусловлено тем, что речевая симптоматика, с одной стороны, отягощена общими патогенетическими факторами, упомянутой выше функциональной реакцией на поражение мозга, а с другой стороны, состояние пациента постоянно изменяется, что значительно усложняет сопоставление различных симптомов между собой.

Дизартрия – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное нарушением (недостаточностью) иннервации мышц речевого аппарата. Ведущим дефектом является нарушение звукопроизносительной и просодической стороны речи, связанное с органическим поражением центральной или периферической нервной системы. Степень выраженности нарушения звукопроизношения зависит от характера и тяжести поражения нервной системы. В легких случаях имеются отдельные искажения звуков, нечеткость речи; в более тяжелых отмечается «смазанная речь», имеют место замены и пропуски звуков, страдает ее темп, выразительность, голосовые модуляции. При тяжелых поражениях центральной нервной системы (ЦНС) речь становится невозможной из-за полного паралича речевых мышц. Такие нарушения называются анартрией (Винарская Е.Н., 1971)

В настоящее время существуют различные подходы к классификации дизартрических расстройств.

С учетом неврологического подхода на основе уровня локализации мозгового поражения (Правдина О.В., 1973) различают следующие формы дизартрии:

1. бульбарную, связанную с поражением ядер черепно-мозговых нервов /языкоглоточного, подъязычного, блуждающего, иногда – лицевого, тройничного/ в продолговатом мозге;
2. псевдобульбарную, связанную с поражением корково-ядерных проводящих путей;

3. экстрапирамидную (подкорковую), связанную с поражением подкорковых ядер головного мозга;
4. мозжечковую, связанную с поражением мозжечка и его проводящих путей;
5. корковую (кинестическую премоторную и кинестетическую постцентральной), связанную с очаговыми поражениями коры головного мозга.

С учетом синдромологического подхода (Панченко И.И., 1975) на основе клинико-фонетического анализа произносительных расстройств речи выделяют основные формы дизартрии:

1. спастико-паретическая (ведущий синдром – спастический парез);
2. спастико-ригидная (ведущие синдромы – спастический парез и тонические нарушения управления типа ригидности);
3. гиперкинетическая (ведущий синдром – гиперкинезы: хореические, атетодные, миоклонии);
4. атактическая (ведущий синдром – атаксия).

Кроме того существуют и другие менее распространенные смешанные формы дизартрии.

При тесной взаимосвязи в работе логопеда и невролога может быть целесообразным сочетание обоих подходов к выделению различных форм дизартрии.

Также в остром периоде в результате инсульта и черепно-мозговой травмы могут возникнуть такие расстройства как нарушение голоса (дисфония), артикуляционная апраксия и нарушение глотания (дисфагия).

Дисфония – расстройство голосовой функции, обусловленное патологическим состоянием органов голосообразования. В случае периферических параличей и парезов гортани голос может отсутствовать совсем (афония) или иметь искажённое звучание. Нередко дефект усугубляется наличием дискоординации процессов голосообразования и дыхания.

Нарушения голоса крайне разнообразны. Они характеризуются недостаточностью силы (голос слабый, тихий, иссякающий в процессе речи); нарушениями его тембра (глухой, назализованный, хриплый, сдавленный, напряженный и т. д.); слабой выраженностью или отсутствием голосовых модуляций (монотонный). Проявления дисфонии могут быть также следствием охранительной реакции больного на поражение головного мозга. В остром периоде логопедическую работу следует начинать как можно раньше, соблюдая строгую дозировку нагрузки на больного. Это предупредит фиксацию навыка патологического голосообразования и развитие невротических реакций.

Дисфагия – клинический симптом, выражающийся в нарушении координированных последовательных движений мышц в акте глотания, при котором приём пищи или жидкости через рот является небезопасным.

Дисфагия является одним из наиболее частых и жизнеугрожающих последствий инсульта и черепно-мозговой травмы. Трудности формирования продвижения пищевого комка (болуса) из ротовой полости через глотку и пищевод в желудок значительно усложняют качество жизни пациента. Развитие дисфагии приводит к высокому риску медицинских осложнений: аспирационной пневмонии, обструкции дыхательных путей, обезвоживанию, нарушению энергетического обмена, недостаточности питания (мальнутриции), истощению (кахексии) и смерти. При дисфагии нарушается психический статус больного, развиваются тяжелые депрессии. Данное расстройство значительно ухудшает прогноз и усложняет реабилитацию больного.

Особенности нарушения глотания и принципы реабилитации пациентов с дисфагиями подробно описаны в документе «Диагностика и лечение дисфагии при заболеваниях центральной нервной системы. Клинические рекомендации» (Балашова, Белкин, Зуева и др., 2013).

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

Нейрореабилитация в остром периоде проводится с учетом координированного комплекса мер, так называемого междисциплинарного подхода. Преимущество данного подхода заключается в объединенной работе специалистов мультидисциплинарного профиля. Включение логопедов и нейропсихологов в работу мультидисциплинарных бригад (МБД) актуализируют проблему организации медико-психолого-педагогического взаимодействия.

Логопед – это специалист, который в остром периоде лечения занимается диагностикой, восстановлением и профилактикой нарушений речи, голоса и глотания. В своей работе логопед осуществляет следующие виды деятельности:

- оценка состояния речевых и неречевых функций;
- составление индивидуальной восстановительной программы;
- проведение занятий по устранению выявленных нарушений и профилактика вторичных функциональных наслоений;
- мониторинг показателей эффективности логопедической работы;
- проведение разъяснительно-профилактической работы с родственниками;
- подготовка пациента к выписке и обоснование дальнейшей маршрутизации.

Далее будет более подробно освещено основное содержание диагностических и восстановительных мероприятий при расстройствах речи и глотания в остром периоде, а также представлены рекомендации по взаимодействию с семьей пациента.

ДИАГНОСТИКА

Для составления оптимальной реабилитационной программы необходимо точно диагностировать вид и выраженность речевых и иных нарушений (Chapey, 2008).

Знание патофизиологических и психологических механизмов данных расстройств, является необходимым условием системного и качественного анализа нарушений высших психических функций (ВПФ), постановки топического и дифференциального диагноза и выведения квалифицированного заключения.

Логопедическая помощь в остром периоде начинается с обязательного диагностического обследования больного. Логопед должен уметь:

- ориентироваться в релевантных медицинских показателях;
- адаптировать оценку с учетом особенностей коммуникативных нарушений пациента и других значимых факторов (таких как внимательность, работоспособность, отвлекаемость);
- оперативно принимать диагностические решения;
- быстро оценивать потребности пациента и его семьи, для того чтобы понять, насколько проблемы коммуникации для них значимы на данном этапе и насколько они готовы принять специализированную помощь;
- быстро, кратко и четко документировать результаты обследования и рекомендаций.

Обследование в первую очередь направлено на установление наличия расстройств речи, голоса и глотания и проведение дифференциальной диагностики. К сожалению, в остром периоде редко бывает возможным провести комплексное нейропсихологическое обследование и полноценную диагностику речевого нарушения с помощью стандартизированных методик (Duffy, Fosset, & Thomas, 2011; Holland & Fridriksson, 2001). Большинство тестов не предназначено для использования на начальной стадии инсульта или черепно-мозговой травмы (Spreeen & Risser, 2003). На этом этапе логопед применяет краткие стандартизированные обследования, которые позволяют ему оценивать: речевую функцию (понимание, называние, повторение, спонтанная речь, чтение, письмо и др.), возможности произвольной и непроизвольной деятельности, состояние голосообразующей и глотательной функций.

После выявления нарушения необходимо оценить степень тяжести дефекта, установить тип речевых или иных расстройств у пациента.

При выходе из острого состояния становится возможным проведение комплексного нейропсихологического обследования и использование стандартизированных языковых тестов (как скриннинговых, в ситуации ограничения времени тестирования или повышенной истощаемости пациента, так и более развернутых методик, если это позволяют обстоятельства). Результаты диагностики позволяют выявить механизм наблюдаемого нарушения и соотнести речевые расстройства с нарушениями других высших психических функций (Лурия, 2002). Это

поможет оценить динамику и прогноз восстановления речи, что необходимо для планирования эффективных реабилитационных мероприятий (Whitworth, Webster, & Howard, 2014).

В Таблице 1 приведен перечень рекомендуемых заданий по степени сложности их выполнения. Логопед, проводящий обследование, выбирает подходящий уровень сложности с учетом данных первичного контакта с пациентом и своего клинического опыта. Применение оценочной (балльной) системы не только качественных, но и количественных показателей состояния когнитивных функций, в том числе и речи, позволяет более точно определить степень выраженности нарушения и динамику обратного развития дефекта.

Рекомендуется вводить балльную оценку выполнения заданий (не выполняет – 0 баллов, выполняет с помощью – 1 балл, выполняет самостоятельно – 2 балла) и максимально полно фиксировать особенности выполнения заданий пациентом (Davis, 2014; Duffy, Fosset, & Thomas, 2011; Vogel, Maruff, Morgan, 2010).

Таблица 1. Речевые задания, рекомендуемые для диагностического обследования в остром периоде.

Вид речевой деятельности	Задания	
	Легкие пробы	Сложные пробы
Понимание	Выполнение устных инструкций	
	«закройте глаза», «покажите язык», «улыбнитесь»	«указательным пальцем левой руки дотроньтесь до правой брови»
	Ответы на да/нет вопросы	
	«Вас зовут Михаил?»	«Траву косят топором?»
Называние	Называние высокочастотных реальных предметов (чашка, тарелка), частей тела (рука, глаз)	Называние низкочастотных предметов по картинкам (крокодил, палитра) Подбор слова к определению («как называется чувство тоски по прошлому»)
Повторение	Повторение отдельных слогов и простых слов («па», «мама», «кот»)	Повторение развернутых предложений («За высоким забором росли развесистые яблони»)

Спонтанная речь	Счет от 1 до 10, перечисление дней недели Описание простой сюжетной картинки	Развернутый диалог Описание своих должностных обязанностей на работе
Чтение	Чтение отдельных простых упроченных слов («дом») и коротких предложений («закройте глаза»)	Чтение абзаца с последующим ответом на вопросы по содержанию и пониманию прочитанного
Письмо*	Написание собственных ФИО, простых слов под диктовку («река»)	Написание письменных ответов на вопросы

(*Письменные пробы стоит проводить, независимо от того может ли больной пользоваться своей ведущей рукой. Во избежание негативных реакций следует объяснить пациенту необходимость подключения в деятельность неведущей руки в целях стимуляции работы сохранного полушария мозга).

У пациентов, у которых подозревают речевое нарушение вследствие поражения правого полушария, стоит больше внимания обратить на оценку общих когнитивных функций (высших психических функций), таких как ориентация во времени и месте, внимание, краткосрочная память, зрительно-пространственное восприятие, а также связность, уместность и прагматика их высказываний, нарративов и пересказов. Для постановки этого диагноза логопеду важно тесно взаимодействовать с нейропсихологом, который проводит скрининг-оценку когнитивных функций.

Если у пациента наблюдаются нарушения моторной стороны речи, то стоит больше внимания уделить следующим речевым и неречевым аспектам: оценка неречевых симптомов предусматривает изучение строения артикуляционного аппарата, объема артикуляционных движений (ограничения объема наиболее тонких и дифференцированных артикуляционных движений), состояния мимической и речевой мускулатуры, дыхания и голоса. В рамках диагностики устной речи при дизартрии и других моторных нарушениях проводится исследование произносительной стороны речи (звукопроизношения, темпа, ритма, просодики, разборчивости речи); синхронности процессов артикуляции, дыхания и голосообразования.

Таким образом, достаточно всесторонняя диагностика нарушенных функций в зависимости от состояния больного может занимать от 10 до 40 минут (Vogel, Maruff, Morgan, 2010). Для большинства пациентов в результате подобной оценки можно поставить общий речевой диагноз (афазия, речевое неафатическое нарушение вследствие поражения правого полушария, дизартрия, артикуляционная апраксия и др.). Это обследование

дает представление о сильных и слабых звеньях в речевой системе и примерную оценку степени грубости нарушения (легкая, средняя, грубая). При последующих занятиях повторение заданий, проведенных при первом обследовании, поможет отследить динамику восстановления речи.

При постановке диагноза логопед должен взаимодействовать с другими специалистами, обследующими пациента, в первую очередь неврологом и нейропсихологом, которые на основании своих данных сделают выводы, насколько в наблюдаемую симптоматику вносят свой вклад общие неврологические и когнитивные факторы. Если нейропсихолога в отделении нет, то нейропсихологическое обследование, при наличии соответствующей квалификации, должен проводить логопед, так как для определения первичных и вторичных речевых нарушений необходимо провести оценку остальных высших психических функций.

Иногда требуются дополнительные обследования для уточнения дифференциального диагноза. Стоит отдельно отметить, что в остром периоде проблематично установить тип афазий, так как речевая симптоматика, с одной стороны, отягощена общими патогенетическими факторами, а с другой стороны, состояние пациента постоянно меняется, что значительно усложняет сопоставление различных симптомов между собой.

При необходимости и возможности проведения более углубленного речевого обследования можно использовать «Методику оценки речи при афазии» (Цветкова, Ахутина, Пылаева, 1981), в которой представлены задания для оценки разных аспектов импрессивной и экспрессивной речи. Внутри отдельных разделов теста задания варьируются по сложности, начиная с простых проб, заканчивая сложными, что облегчает быстрый подбор заданий соответствующего уровня сложности. Также ниже приводится перечень языковых заданий, которые можно провести с пациентом для дальнейшего уточнения особенностей речевой сферы (Chapey, 2008; Spreen & Risser, 2003; Whitworth, Webster, Howard, 2014). Перечислены пробы для оценки четырех модальностей (понимание и порождение устной и письменной речи) с пробами для оценки разных языковых уровней - фонетического, лексического, морфологического, семантического, синтаксического, дискурсивного.

Импрессивная речь (понимание речи):

- дифференциация звучащих фонем (дифференциация пар звуков типа «па-ба», звуки варьируются по фонетическим признакам (с разной фонематической дистанцией));
- понимание деривационной и словоизменительной морфологии на слух (приставок, суффиксов и флексий);
- лексическое решение на слух (на слух предъявляются слова и псевдослова, которые необходимо отличать друг от друга, при этом образность и частотность слов, а также сходство псевдослов с реальными словами варьируется);

- понимание смысла услышанных слов – существительных и глаголов (соотнесение слов, предъявляемых на слух, с картинками, среди которых один целевой рисунок и три дистрактора: фонетический, семантический, несвязанный);
- понимание различных синтаксических конструкций на слух (соотнесение синтаксических конструкций, предъявляемых на слух, с картинками);
- понимание звучащего дискурса (понимание основной линии нарратива и оценочно-прагматического компонента – ответы на да/нет и открытые вопросы по прослушанному нарративу).

Экспрессивная речь (порождение речи):

- повторение фонем и слогов (повторение гласных отдельно и согласных в слогах, варьирующихся по фонетическим принципам);
- повторение слов и псевдослов (повторение слов простых и сложных в произносительном и морфологическом плане);
- порождение деривационной и словоизменительной морфологии (приставок, суффиксов и флексий);
- устное порождение слов (называние предметов и действий по картинкам);
- составление и заканчивание предложений (порождение предложений по картинкам и с использованием заданных слов);
- актуализация квазиспонтанного (пересказ) и спонтанного дискурса (составление рассказа по серии сюжетных картинок - в рассказе оцениваются: беглость, связность текста, содержательность);
- автоматизированная и дезавтоматизированная речь (называние цифрового ряда в прямом и обратном порядке, дней недели; завершение автоматизированных рядов – пословицы);
- задание на оценку моторного компонента речи, в первую очередь артикуляционной апраксии (неоднократное повторение сложных в произносительном плане слов).

Чтение:

- узнавание букв (называние написанных букв);
- понимание смысла написанных слов – существительных и глаголов (соотнесение написанного слова с картинкой);
- понимание написанных предложений, содержащих различные синтаксические конструкции (соотнесение написанного предложения с картинкой);
- понимание написанного текста (ответы на вопросы по тексту);
- чтение вслух букв, слогов, псевдослов, слов, предложений, текста.

Письмо:

- написание под диктовку и копирование букв и слогов;
- написание слов под диктовку;

- письменное порождение слов (по рисунку, описанию, вербальным ассоциациям);
- письменное составление и заканчивание предложений с различными синтаксическими конструкциями;
- актуализация квазиспонтанного и спонтанного письменного дискурса (составление рассказа по картинке);
- написание автоматизированных рядов (собственные Ф.И.О, адрес, алфавит, цифры).

В соответствии с рекомендациями Европейской инициативы по профилактике и лечению инсульта (EUSI, 2003) проверка функции глотания у всех пациентов, которые перенесли инсульт, является обязательной в протоколе курации больного, а коррекция дисфагии и обеспечение адекватного питания должны стать неотъемлемыми составляющими базисного лечения инсульта.

Если у пациента при обследовании выявляются симптомы нейрогенной дисфагии, то, логопед должен определить стратегию и тактику логопедической работы для быстреего восстановления нарушенной функции.

На основании результатов обследования речи и других когнитивных функций с учетом личностных особенностей больного и его жизненной ситуации в тесном взаимодействии с другими специалистами в отделении происходит постановка реабилитационных целей и составление индивидуальных программ медико-психолого-педагогического восстановления больных с нарушениями речи, голоса и глотания. (Prigatano, 1999; Wilson, 2008; Worall, Sheratt, Rogesrs, Howe, Hersh, Ferguson, Davidson, 2011).

ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Логопедическая помощь в остром периоде оказывается в соответствии с приоритетами оказания специализированной помощи населению.

Восстановление речевых нарушений проводится в комплексе с лечением основного заболевания, послужившим причиной их развития. Реабилитация показана для всех пациентов, у которых отмечаются расстройства речи, голоса и глотания. Лечебно-реабилитационные мероприятия проводятся мультидисциплинарно и включают в себя: медикаментозную поддержку, лечебную гимнастику, массаж, логопедические занятия, нейропсихологическую коррекцию, консультации психиатра, психотерапевтическую помощь. Максимальная эффективность восстановления достигается при раннем начале реабилитации, в том числе логопедических занятий (Шкловский, 2003).

На начальном этапе восстановительной работы, в соответствии с намеченными программами, логопед проводит занятия с больными с учетом принципа индивидуального подхода. Владея нейропсихологическими, нейролингвистическими и логопедическими

методиками, специалист должен применять различные методы и приемы восстановительной работы. Выбор методических средств направлен на активизацию компенсаторных механизмов психической деятельности больного, предупреждение вторичных наслоений в его познавательной сфере, поведении и личностных ориентирах. По мере необходимости, логопед обсуждает с другими специалистами стратегию и тактику ведения пациента, согласовывает его логотерапевтическую нагрузку.

При этом важно создавать максимально стимулирующие условия для спонтанного восстановления речи, как в рамках непосредственно логопедических занятий, так и во время других реабилитационных мероприятий, которые проводятся с пациентом в остром периоде (Цветкова, 2004). В этом отношении логопед играет ведущую роль фасилитатора, объясняя другим специалистам, какие речевые нарушения имеются у пациента, в каком объеме он понимает обращенную речь, какие коммуникативные стратегии лучше всего подойдут для взаимодействия с этим пациентом и как стимулировать пациента к речевой коммуникации при разных видах деятельности (Камаева, Монро, Буракова и др., 2003).

Мониторинг состояния проблемной функции проводится посредством апробированных тестов (нейропсихологических), анализа документации (медицинской, педагогической) и продукции деятельности индивидуума (речевой, рисуночной, графической и т.д.). Применение оценочной (балльной) системы не только качественных, но и количественных показателей состояния нарушенных функций, позволяет более точно определить степень выраженности нарушения и динамику обратного развития дефекта.

На завершающем этапе восстановительной работы составляется логопедический выписной эпикриз, включающий: клинический диагноз, нейропсихологическое и логопедическое заключения, отображение положительной динамики в речевом и неречевом статусе с результативностью восстановления ВПФ, описание резидуальных симптомов и нарушений, заключение логопеда по окончанию курса занятий и рекомендации с определением следующего этапа реабилитации (обоснование направления или прекращения проведения реабилитационных мероприятий).

Отдельно стоит подчеркнуть ключевую роль логопеда при работе с пациентами с дисфагиями в остром периоде. На логопеда, как специалиста по глотанию, возлагаются задачи выявления, оценки и восстановления этой важной витальной функции. Кроме того, при наличии у больного дисфагии, специальное внимание логопед должен уделять подбору консистенции и структуры жидкой и твердой пищи для наиболее благоприятного процесса глотания (Ранняя реабилитация больных с инсультом: Методические рекомендации №44, 2004). Повышение вероятности положительных результатов в отношении состояния таких

пациентов снижает количество летальных исходов и уменьшает степень тяжести инвалидизации больных.

Ниже приводятся специфические особенности проведения восстановительного обучения при расстройствах речи, голоса и глотания.

Специфика логопедической работы в остром периоде

Ведение пациентов с речевыми нарушениями в остром периоде имеет свою специфику. Независимо от конкретной формы речевого расстройства на начальном этапе работы ставится задача налаживания контакта с больным. Для этого используется метод беседы на различные близкие пациенту темы. Систематические клинические наблюдения (Holland & Fridriksson, 2001; Marshall, 1997) и слепые рандомизированные мультицентровые исследования (de Jong-Hagelstein, van de Sandt-koenderman, Prins, Dippel, Koudstaal, & Visch-Brink, 2011) показывают, что работу с пациентами в остром периоде надо начинать с оказания психологической поддержки, информирования и обучения пациента и его родственников компенсаторным коммуникативным стратегиям. Это сформирует понимание ситуации и облегчит коммуникацию между пациентом и окружающими его людьми.

Логопедическая работа при афатических нарушениях в остром периоде включают в себя растормаживание речи через активизацию произвольных уровней речевой деятельности. На этой стадии наиболее эффективным оказывается использование автоматизированных речевых рядов, пение, оречевление эмоционально значимых ситуаций, «оживление» речевых стереотипов, хорошо упроченных в прежней речевой практике (Ахутина, Пылаева, 1989; Шкловский, Визель, 2003).

В подострой стадии заболевания восстановительное обучение проводится с расчетом на все более активное, сознательное вовлечение больного в восстановительный процесс. Для этого применяются перестраивающие методики; их использование невозможно без перевода работы на произвольный, осознанный уровень. Это не подразумевает полного отказа от опоры на речевые автоматизмы, однако основной акцент делается на сознательное усвоение тех или иных приемов компенсации дефекта. При этом реабилитационные мероприятия должны сосредотачиваться на восстановлении или коррекции индивидуальных локусов речевого дефицита (на фонетико-фонематическом, лексико-семантическом, синтаксическом или дискурсивно-прагматическом языковых уровнях), выявленных в ходе оценки речевого статуса пациента. Подключение специфических «неречевых» видов деятельности (простейшего конструирования, срисовывания, манипуляций с предметами и т.д.) существенно дополняет и расширяет логопедическую работу. Работа с больным должна быть строго дозирована в зависимости от особенностей общего состояния пациента и носить щадящий характер (Бурлакова (Шохор-Троцкая), 1972, 1991). Важно помнить, что целью

речевой реабилитации является не успех реализации отдельных аспектов языка, а именно восстановление успешности целостной речевой коммуникации.

При наличии дизартрических нарушений в комплекс логопедических занятий должны быть включены артикуляционная гимнастика, массаж, дыхательные и голосовые упражнения, направленные на повышение функциональной активности мышц, участвующих в речевом акте.

Также у больных после инсульта или черепно-мозговой травмы могут возникнуть когнитивные и эмоциональные расстройства. Для улучшения состояния когнитивных функций логопед рекомендует различные виды заданий, стимулирующих интеллектуальную деятельность. В тех случаях, когда у больных наблюдаются вторичные функциональные наслоения, такие как пониженный фон настроения, фиксированность на своем состоянии, тревожность, раздражительность, негативизм, отказ от речевого общения и пр., логопеду необходимо существенно усилить психотерапевтический акцент в своей работе. Формы и методы такой работы будут зависеть от особенностей психической деятельности и свойств личности больного. Логопеду важно уметь выстраивать психологически целесообразные отношения с пациентом, направленные на формирование позитивных лечебных и жизненных установок.

Программы логопедической работы при афазии

Восстановление речевой функции при любой из форм афазии требует системного подхода, т.е. подразумевает нормализацию всех нарушенных языковых уровней. Однако при каждой из форм афазии имеются и специфические задачи, связанные с преодолением первичного речевого дефекта (Цветкова, 1979, 2004). *Эфферентная моторная афазия*: восстановление способности к реализации серийных артикуляционных актов. *Динамическая афазия*: восстановление функции речевого программирования и/или преодоление расстройств грамматического структурирования. *Афферентная моторная афазия*: восстановление артикуляционных схем отдельных звуков. *Сенсорная афазия*: восстановление фонематического слуха, т.е. способности к дифференциации на слух близких по звучанию фонем, а на этой основе пониманию речи в целом. *Акустико-мнестическая афазия*: расширение слухо-речевой памяти, а также преодоление слабости следов воспринимаемой речи. *Семантическая афазия*: устранение импрессивного аграмматизма, т.е. восстановление способности к восприятию сложных логико-грамматических оборотов речи. Работа по преодолению вторичных расстройств понимания речи, накоплению активного словаря, нормализации грамматической стороны речи, чтения, письма показана при всех формах афазии, поскольку в той или иной мере эти стороны речи страдают при каждой из них. Объем этой работы определяется степенью выраженности того или иного дефекта, его удельным весом в общей

клинической картине данного случая афазии.

Типовые программы восстановительного обучения при разных формах афазии дифференцируются в зависимости от степени выраженности речевого дефекта. У одних больных грубость расстройства речи ограничивается стадией восстановительного периода; у других дефект остается грубым и на поздних стадиях восстановления. Ниже представлены типовые программы восстановительного обучения для разных форм афазий (Шкловский, Визель, 2003).

МОТОРНАЯ АФАЗИЯ АФФЕРЕНТНОГО ТИПА

Стадия грубых расстройств

- преодоление расстройств понимания ситуативной и бытовой речи;
- растормаживание произносительной стороны речи;
- стимулирование простых коммуникативных видов речи;
- стимулирование глобального чтения и письма.

Стадия расстройств средней степени выраженности

- преодоление расстройств произносительной стороны речи;
- восстановление и коррекция фразовой речи;
- работа над семантикой слова;
- восстановление аналитико-синтетического письма и чтения.

Стадия легких расстройств

- дальнейшая коррекция произносительной стороны речи;
- формирование развернутой речи, усложненной по смысловой и синтаксической структуре;
- дальнейшая работа по восстановлению смысловой структуры слова;
- работа по осмыслению сложных логико-грамматических оборотов речи;
- дальнейшее восстановление чтения и письма.

Восстановление письменной речи

- восстановление связи «артикулема-фонема»;
- восстановление способности к звуко-буквенному анализу состава слова;
- восстановление навыка развернутой письменной речи.

МОТОРНАЯ АФАЗИЯ ЭФФЕРЕНТНОГО ТИПА

Стадия грубых расстройств - восстановительная программа та же, что и при афферентной моторной афазии.

Стадия расстройств средней степени выраженности

- преодоление расстройств произносительной стороны речи;
- восстановление фразовой речи.

Стадия легких расстройств

- дальнейшая коррекция произносительной стороны речи;

- формирование развернутой речи, усложненной по смысловой и синтаксической структуре;
- дальнейшая работа по восстановлению смысловой структуры слова;
- работа по осмыслению сложных логико-грамматических оборотов речи;
- дальнейшее восстановление чтения и письма.

Восстановление письменной речи

- восстановление способности к анализу звуко-ритмической стороны слова;
- восстановление способности к звуко-буквенному анализу состава слова;
- восстановление навыка слияния букв в слоги, слогов в слова;
- восстановление навыка развернутой письменной речи.

ДИНАМИЧЕСКАЯ АФАЗИЯ

Стадия грубых расстройств

- повышение уровня общей активности больного, преодоление речевой инактивности, организация произвольного внимания;
- стимулирование простых видов коммуникативной речи;
- преодоление расстройств речевого программирования;
- преодоление расстройств грамматического структурирования;
- стимулирование письменной речи.

Стадия расстройств средней степени выраженности

- восстановление коммуникативной фразовой речи;
- преодоление персевераций в самостоятельном устном и письменном высказывании.

Стадия расстройств легкой степени выраженности

- восстановление спонтанной коммуникативной фразовой речи.

СЕНСОРНАЯ АФАЗИЯ

Стадия грубых расстройств

- накопление обиходного пассивного словаря;
- стимуляция понимания ситуативной фразовой речи;
- подготовка к восстановлению письменной речи.

Стадия расстройств средней степени

- восстановление фонематического слуха;
- восстановление понимания значения слова;
- преодоление расстройств устной речи;
- восстановление письменной речи.

Стадия легких расстройств

- восстановление понимания развернутой речи;

- дальнейшая работа по восстановлению смысловой структуры слова;
- коррекция устной речи;
- дальнейшее восстановление чтения и письма.

АКУСТИКО-МНЕСТИЧЕСКАЯ АФАЗИЯ

Стадия расстройств средней и легкой степени выраженности

- расширение рамок слухового восприятия;
- преодоление слабости слухо-речевых следов;
- преодоление трудностей называния.
- организация развернутого высказывания.

СЕМАНТИЧЕСКАЯ АФАЗИЯ

Стадия расстройств средней и легкой степени выраженности

- преодоление пространственной апрактогнозии;
- восстановление способности понимания слов с пространственным значением;
- конструирование сложноподчиненных предложений;
- восстановление способности понимания логико-грамматических ситуаций;
- работа над развернутым высказыванием.

Программы логопедической работы при дизартрии

В остром периоде инсульта и черепно-мозговой травмы чаще применяется классификация дизартрических расстройств с учетом локализации очага поражения.

БУЛЬБАРНАЯ

- формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи;
- преодоление гипотонуса в мимической и артикуляционной мускулатуре;
- развитие подвижности мышц артикуляционного аппарата;
- нормализация речевого дыхания;
- нормализация фонетической окраски звуков;
- восстановление мелодико-интонационной стороны речи;
- развитие контроля над произносительной стороной речи.

ПСЕВДОБУЛЬБАРНАЯ

- формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи;
- преодоление гипертонуса в мимической и артикуляционной мускулатуре;
- развитие подвижности мышц артикуляционного аппарата;
- нормализация речевого дыхания;
- нормализация фонетической окраски звуков;
- восстановление мелодико-интонационной стороны речи;
- развитие контроля над произносительной стороной речи.

ПОДКОРКОВАЯ / ЭКСТРАПИРАМИДНАЯ

- формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи;
- снижение степени проявления синдрома ригидности в мышцах речевой моторики;
- формирование синхронной деятельности отделов дыхания, голосообразования, звукопроизношения;
- развитие подвижности мышц артикуляционного аппарата;
- нормализация речевого дыхания;
- нормализация фонетической окраски звуков;
- восстановление мелодико-интонационной стороны речи;
- развитие контроля над произносительной стороной речи.

МОЗЖЕЧКОВАЯ

- формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи;
- формирование синхронной деятельности отделов дыхания, голосообразования, звукопроизношения;
- развитие подвижности мышц речевого аппарата;
- нормализация речевого дыхания;
- нормализация фонетической окраски звуков;
- восстановление мелодико-интонационной стороны речи;
- развитие контроля над произносительной стороной речи.

Основное внимание в логопедической работе по преодолению *корковой дизартрии* следует уделять устранению симптомов кинетической и кинестетической апраксии.

Ведение пациентов с дисфонией

Расстройства голосообразующей функции могут быть вызваны периферическими парезами и параличами мышц гортани, которые развиваются вследствие нарушения их иннервации при поражениях нижнего гортанного или возвратного нерва. Причины поражения возвратного нерва могут быть, как сосудистого, так и травматического, генеза. Применение логопедом физиологичных фонопедических методов восстановления голоса дает хорошую результативность.

ЭТАПЫ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПРИ ДИСФОНИИ

- 1) формирование установки на коррекцию голосовой функции;
- 2) коррекция физиологического и фонационного дыхания;
- 3) функциональные тренировки кинестезий и координации голосового аппарата с использованием фонопедических упражнений (координация фонации и дыхания);
- 4) автоматизация правильной фонации при помощи вокальных упражнений на развитие силы, высоты голоса и улучшения мелодико-интонационной стороны речи.

Ведение пациентов с дисфагией

Нарушение функционального взаимодействия структур, участвующих в акте глотания, приводит к тому, что пациент не способен полноценно питаться. Дезорганизация сенсомоторного управления процессом глотания обуславливает появление симптомов нейрогенной дисфагии. Отсутствие или ослабление контроля, слабость лицевых мышц, ограничение движений нижней челюсти, губ, языка, мягкого нёба приводит к затруднению продвижения пищи и жидкости из ротовой полости к глотке. Именно поэтому в остром периоде основная роль по ведению пациентов с нарушениями глотания отводится логопеду.

АЛГОРИТМ РАБОТЫ ЛОГОПЕДА ПРИ ДИСФАГИИ

- 1) оценка степени выраженности дисфагии (углубленное обследование с применением разных пищевых консистенций);
- 2) подбор питания (выбор модификации диеты и степени загущения жидкости) для обеспечения энергопотребности организма пациента;
- 3) проведение реабилитационных мероприятий;
- 4) обучение пациентов и лиц, осуществляющих уход за ними правилам питания при дисфагии;
- 5) планирование и подготовка выписного эпикриза с обязательным включением рекомендаций по кормлению больного в домашних условиях.

Методы логопедической работы

ДЫХАТЕЛЬНАЯ РЕЧЕВАЯ ГИМНАСТИКА

Дыхательная гимнастика – комплекс упражнений, направленных на восстановление речевого дыхания и координацию функций дыхания и фонации.

Задачи проведения дыхательной гимнастики: дифференциация носового и ротового дыхания; формирование длительного ротового выдоха под контролем движений диафрагмы и мышц брюшного пресса; выработка умения равномерного, ритмичного распределения воздуха в процессе речевой деятельности.

Дыхательные упражнения в остром периоде должны проводиться с учетом тяжести состояния больного и зависят от степени его активности. Применяются пассивные и активные приемы.

Нормализация дыхания в результате выполнения дыхательной гимнастики снижает проявление многих патологических изменений в организме, улучшает функциональную деятельность всех органов и систем, активизирует механизмы саморегуляции и улучшает психоэмоциональное состояние пациентов.

ГОЛОСОВАЯ ГИМНАСТИКА

Голосовая гимнастика – комплекс логопедических мероприятий, направленных на постепенную активизацию и координацию нервно-мышечного аппарата гортани для восстановления полноценной голосовой функции.

Задачами проведения голосовой гимнастики являются: активизация голосового аппарата при гипотонусных расстройствах или снятие излишнего напряжения при гипертонусе; восстановление утраченных кинестезий голосоведения, т.е. непосредственно самой фонации.

Восстановление голоса необходимо начинать как можно раньше, что позволит предупредить фиксацию навыка патологического голосоведения и появление невротических реакций у больных.

ЛОГОПЕДИЧЕСКИЙ МАССАЖ

Логопедический массаж – метод активного механического воздействия, который изменяет состояние мышечной, кровеносной и лимфатической системы; оживляет кинестезии; активизирует трофику тканей. Как одна из важных логопедических техник, массаж способствует нормализации мышечного тонуса артикуляционной и мимической мускулатуры, что в конечном итоге приводит к улучшению произносительной стороны речи и уменьшению эмоционального напряжения.

Основная цель логопедического массажа – устранение патологической симптоматики в мышечной системе периферического отдела речевого аппарата.

Массаж используется в логопедической работе с лицами, у которых диагностируются экспрессивные речевые расстройства. Логопедический массаж может проводиться на всех этапах коррекционного воздействия, но особенно значимо его применение на начальных этапах работы. Нередко массаж является необходимым условием эффективности логопедического воздействия (Дьякова, 2006).

Логопедический массаж осуществляется логопедом в области лица, головы, шеи и верхнего плечевого пояса (воротниковой зоны). В силу этого, логопедический массаж обязательно должен включать все мышцы артикуляционного аппарата (языка, губ, щек, мягкого неба), даже в тех случаях, когда диагностируется поражение мышц лишь на локальном участке.

На основании результатов предварительной диагностики логопед определяет вид массажа, необходимого для данного пациента; составляет комплекс массажных приемов, определяет последовательность массажных движений, методику их проведения и ориентировочную нагрузку.

В логопедической практике могут быть использованы несколько видов массажа:

- дифференцированный (активизирующий или расслабляющий) массаж, основанный на приемах классического массажа;

- точечный массаж, т.е. массаж по биологически активным точкам (активизирующий или расслабляющий);
- массаж с применением специальных приспособлений (шпатели, зондозаменители) или "зондовый" массаж;
- элементы самомассажа;

Выбор последовательности массажных движений и приемов их выполнения в логопедическом массаже определяются состоянием тонуса пораженных мышц. При повышенном тонусе мышц периферического речевого аппарата (гипертонус) используется расслабляющий массаж, который включает следующие приемы классического массажа: легкие поглаживания похлопывания, пощипывания; легкую вибрацию и точечный расслабляющий массаж. Все движения проводятся по направлению от периферии к центру. При пониженном тонусе мышц периферического речевого аппарата (гипотонус) используется активизирующий массаж, который включает следующие приемы классического массажа: поглаживание в сочетании с приемами растирания и разминания; усиленная вибрация; пощипывания и постукивания, а также точечный активизирующий массаж. Последовательность массажных движений в данном случае рекомендуется иная: от центра к периферии.

АРТИКУЛЯЦИОННАЯ ГИМНАСТИКА

Артикуляционная гимнастика – комплекс специальных упражнений, направленных на укрепление мышц артикуляционного аппарата, развитие их силы и подвижности.

Задачи артикуляционной гимнастики: выработка тонких дифференцированных движений органов артикуляции; формирование кинестетической и кинетической основы артикуляционных движений.

Артикуляционная гимнастика проводится в пассивном, пассивно-активном и активном режиме и включают в себя упражнения для мимических мышц, мышц губ, языка, мягкого неба и нижней челюсти.

В результате выполнения артикуляционной гимнастики улучшается функциональная деятельность органов жевания, глотания и звукопроизношения.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ТРЕНИРОВКИ

Преодоление нарушений неспецифических компонентов высших психических функций, таких как речевая инактивность, аспонтанность, вязкость, инертность и др., снятие диашиза (охранительного торможения) в остром периоде инсульта и черепно-мозговой травмы является важным компонентом логопедической работы. В целях уменьшения выраженности perseverаций, восстановления оптико-пространственных координаций, укрепления мнестической функции, преодоления расстройств мануального праксиса, повышения общей активности больного и функции произвольного внимания, проводятся функциональные тренировки.

Функциональные тренировки включают в себя различные виды речевой и неречевой деятельности: выполнение графо-моторных

упражнений, корректурных проб, конструирования, счетных операций, рисования, работу с таблицами Шульте, подбор простых аналогий, трактовку пословиц и поговорок, раскладывание серий сюжетных картин, прослушивание текстов, запоминание групп предметных картинок и слов, заучивание стихов и многое др.

Сочетание применения медикаментозной терапии, назначенной врачом, с выполнением специальных упражнений, проводимых логопедом или нейропсихологом, функционально активизирует сохраненные, но временно угнетенные зоны головного мозга и способствует интенсивности протекания нейродинамических процессов.

АППАРАТНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Применение аппаратных методов лечения в остром периоде инсульта и черепно-мозговой травмы значительно улучшает функциональное состояние центральной нервной системы и повышает мотивацию к логопедическим занятиям, укрепляя сотрудничество логопеда и больного. Использование «обходных путей» и специальных средств воздействия при восстановлении речевых нарушений повышает качество оказания логопедической помощи.

Для достижения положительного стойкого результата и сокращения сроков восстановительного периода в логопедической работе применяются многофункциональные речевые и дыхательные тренажеры, механические вибраторы, нейромышечные электростимуляторы и др.

Воздействие на различные сенсорные каналы больного через зрительные, слуховые и тактильные сигналы стимулирует функции дыхания, глотания, голосообразования, работу мышц речевого аппарата и мимической мускулатуры; восстанавливает темпо-ритмическую просодическую стороны речи; улучшает зрительно-моторную координацию и слуховое восприятие; укрепляет функции внимания и самоконтроля; способствует нормализации кровообращения и улучшению трофики тканей.

ИНФОРМАЦИОННО-КОМПЬЮТЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ (ИКТ)

ИКТ используются в логопедической практике с целью создания электронной базы данных пациентов; ведения и обработки документации; создания дидактических пособий и презентаций занятий; размещения и получение специализированной информации через Интернет-ресурсы.

ИКТ также являются средством для повышения эффективности восстановительного обучения и ускорения решения следующих реабилитационных задач:

- стимуляция зрительного и слухового восприятия;
- укрепление произвольного внимания и самоконтроля;
- формирование положительного эмоционального настроения;
- повышение мотивации к логопедическим занятиям.

Обучающие компьютерные программы, по сравнению с традиционными методическими средствами, обеспечивают новые

возможности диагностики и восстановления или компенсации речевых нарушений.

НЕДОПУСТИМЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПРИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЯХ

При ведении пациентов с речевыми нарушениями в остром периоде не допускается:

- заниматься постановкой звуков и повторением алфавита;
- применять на занятиях зеркало при корковой апраксии;
- обсуждать больного в его присутствии и говорить о пациенте в третьем лице;
- прерывать больного, акцентировать внимание на совершаемых им ошибках в речи (это может вызвать сильную негативную реакцию и привести к полному отказу пациента от речевого общения);
- полностью опираться на невербальные средства коммуникации;
- отвечать родственникам за больного, способного к минимальному речевому общению (это может вызвать сильную негативную реакцию и привести к полному отказу пациента от речевой коммуникации);
- говорить с больным монотонно, в быстром темпе, длинными фразами;
- предъявлять к пациенту завышенные требования и разговаривать с больным резким тоном.

ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ И ИХ РОДСТВЕННИКОВ

У человека, перенесшего инсульт или черепно-мозговую травму, часто нарушаются взаимоотношения с окружающим миром, изменяется в той или иной мере сама личность больного – происходит его психическая и социальная дезадаптация. Поэтому оказание помощи пациенту является важной задачей не только для специалистов по восстановительному обучению, но и для семьи, близких и родных больного. Успех восстановительного лечения во многом зависит и от активной позиции самого пациента.

В этой связи неопределима роль семьи больного. В начале заболевания многие пациенты находятся в крайне удрученном состоянии, бывают раздражительны и даже агрессивны. Со стороны родных и близких требуются в таких случаях такт и выдержка. Больного необходимо успокоить, поддержать в нём веру в выздоровление. Кроме того, пациенту с нарушением глотания требуется помощь по организации рационального питания и правильного позиционирования во время приема пищи и жидкости. Больному с речевыми расстройствами необходима помощь в овладении речью, чтением и письмом.

Ключевую роль в решении данной задачи играет логопед. Важнейшим аспектом взаимодействия пациента с окружающими его людьми является выработка коммуникативных стратегий.

В остром периоде отдельной задачей логопеда является разъяснительная работа с пациентом и его родственниками, направленная на понимание характера имеющихся нарушений. Здесь важно объяснить суть имеющихся у больного осложнений после перенесённого инсульта или черепно-мозговой травмы (афазия – это системное нарушение речевой деятельности человека, а не снижение его интеллектуальных способностей; дизартрия – нарушение произносительной стороны речи; дисфония – это нарушение, связанное с функциональными изменениями в мышцах голосового аппарата; дисфагия – нарушение, которое вызывает у больного затруднения при жевании и глотании пищи и жидкости).

Для людей, страдающих афазией, может стать настоящей проблемой то, что ранее не вызывало затруднений, а именно: называть свое имя и имена знакомых людей; вести непринужденную беседу; свободно разговаривать по телефону; читать книги, газеты, журналы; писать письма и заполнять бланки; считать, запоминать числа и обращаться с деньгами; понимать теле- и радиопередачи и др.

При выборе подходящих коммуникативных стратегий логопед должен отталкиваться от имеющегося речевого нарушения, понимания сильных и слабых звеньев речевой системы у данного пациента. Так, если нарушения лежат в области экспрессивной речи, то пациенту важно предложить альтернативные способы коммуникации: письмо, жесты, а также научить способам стимулирования речи. Напротив, если трудности в большей степени проявляются в импрессивной речи, то акцент надо сделать на том, чтобы родственники в максимально простой форме могли доносить информацию до пациента.

Коммуникативные стратегии для родственников больного:

- Постарайтесь зафиксировать взгляд больного.
- Уменьшите, по возможности, посторонние шумы (радио, телевизор), мешающие общению с человеком с афазией.
- Начните с простого. Расскажите что-нибудь несложное о себе, а потом задайте вопрос, на который вы сами уже знаете ответ.
- Говорите медленно, используя короткие предложения и интонационно выделяя наиболее важные слова.
- Выпишите на бумаге ключевые слова. Повторите то, что вы сказали, и покажите больному с афазией ваши записи (больной может использовать их в качестве зрительной опоры).
- Помогите больному с афазией преодолеть коммуникативный барьер с помощью указаний, жестов, рисунков или письма. Просите больного самого указывать, обозначать жестами, рисовать или писать что-то.

- Позаботьтесь о том, чтобы у вас под рукой всегда были бумага и ручка. Записывайте наиболее важные слова, чтобы было легче следить за ходом разговора и вспоминать его содержание.
- Помогайте больному, обращайтесь вместе с ним к карманному словарю, или книгам с иллюстрациями. Вы можете сделать такой словарик сами. В него включите картинки, изображения и слова, которые важны для человека, страдающего афазией.
- Дайте больному время высказаться и не заканчивайте за него предложения.
- Старайтесь задавать вопросы, на которые нельзя дать односложный ответ.
- Помните, что разговор с больным с афазией требует времени и терпения.

Несмотря на данные рекомендации может так случиться, что вы всё-таки не сможете полностью понять друг друга. Отдохните и попробуйте продолжить разговор позже.

Следующие коммуникативные стратегии подойдут для самого больного:

- Имейте при себе ручку и блокнот, чтобы записывать слова или делать зарисовки.
- Записывайте слова, которые приходится часто использовать, но не всегда получается. Указывайте на них.
- Пытайтесь пояснить, что вы имеете в виду, с помощью жестов или рисунков.
- Указывайте на предметы, если не удастся объяснить что-либо с помощью речи.
- Просите вашу семью и друзей о помощи.
- Делитесь вашими переживаниями с другими, не держите их в себе.

Очень важно донести эти коммуникативные стратегии до пациента (с учётом тяжести его состояния) и его окружения на самых ранних этапах заболевания, чтобы предотвратить негативные последствия нарушенного взаимодействия и максимально адаптировать пациента и его семью к изменившейся ситуации. О данных рекомендациях должны быть проинформированы другие члены мультидисциплинарной бригады, чтобы они могли максимально эффективно взаимодействовать с пациентом.

Важно помнить, что на пациенте должна лежать определённая нагрузка по ведению разговора. Таким образом, создается благоприятная, но стимулирующая речевая среда, которая способствует максимизации не только лечебного, но и спонтанного восстановления (Duffy, Fosset, Thomas, 2011; Holland & Fridriksson, 2001; Johnson, Valachovic, & Gerge, 1998).

Также важно научить пациента и родственников распознавать улучшения в речевой деятельности. Умение видеть динамику положительно влияет на больного и его окружение и стимулирует

пациента к еще более активной коммуникации. За время проведения логопедических занятий семью пациента нужно просить отмечать положительные изменения в его речевой деятельности, внедрять коммуникативные стратегии, а также настоятельно просить родственников задавать вопросы по интересующей их информации.

ПРОФИЛАКТИКА

После инсульта, черепно-мозговой травмы, нейрохирургического вмешательства и др. среди различных видов нарушения функций организма выделяют и такие как: нарушения психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, эмоций, поведения и др.), расстройства языковых и речевых функций (устной и письменной, вербальной и невербальной речи), нарушение функций голоса и глотания. Профилактика данных расстройств обеспечивается комплексом мероприятий, включающих медицинские, логопедические, психологические и социальные методы воздействия.

Медицинские профилактические мероприятия направлены на выявление и предупреждение «факторов риска» развития того или иного заболевания.

Логопедическая профилактика направлена на восстановление утраченных функций, что позволяет предотвратить необратимые последствия расстройств речи, голоса и глотания.

Решающее значение для восстановления нарушенных функций принадлежит раннему началу реабилитационных мероприятий, основной целью которых является «профилактика образования устойчивых патологических систем... или уменьшение степени выраженности их за счет активации саногенетических механизмов и разрушения патологических систем с привлечением как медикаментозных, так и не медикаментозных методов воздействия» (Гудкова В.В, Стаховская Л.В., Кирильченко Т.Д., Ковражкина Е.А., Чекнева Н.С., Квасова О.В., Петрова Е.А., Иванова Г.Е., 2005). Опасностью развития и прогрессирования вторичных патологических состояний в речевой функции может стать появление и закрепление словесных эмболов, штампов, «телеграфного стиля» общения, ненормативного речевого дыхания и т.д. Ранняя реабилитация также препятствует развитию социальной и психической дезадаптации, астено-депрессивных и невротических состояний.

Логопедическая работа по восстановлению нарушения глотания является профилактикой таких серьезных осложнений, как асфиксия и аспирационная пневмония, которые могут привести к летальному исходу.

Для результативности логопедических занятий очень важно участие родных и близких больного. Ведение профилактической работы с родственниками пациентов и разъяснения их роли в реабилитации и реадaptации больных (беседы, лекции, информационные стенды), является неотъемлемой частью профессиональной деятельности логопеда.

Исходя из вышеизложенного, основой логопедической работы в остром периоде является: налаживание контакта с больным; выявление и диагностика особенностей нарушений речи, голоса и глотания; консультирование и психологическая поддержка больного и его окружения; проведение восстановительных занятий; обучение коммуникативным стратегиям и формирование благоприятной среды для речевого общения (Глозман, 1983; Prigatano, 1999; Wilson, 2008). Важно не только предоставлять соответствующую информацию пациентам и родственникам, но и эмпатийно выслушивать их опасения, давать обратную связь о переживаемых эмоциях, и разрешать вопросы, касающиеся болезни, лечения, восстановления и плана дальнейших действий после выписки из острого отделения (Johnson, Valachovic, & Gearge, 1998).

Помощь, которую оказывает логопед на самых ранних этапах заболевания больному с нарушениями речи, голоса и глотания, является ключом к дальнейшему успешному ведению пациента, достижению максимального уровня функционирования, социального участия и высокого качества жизни (Цветкова, Глозман, Калита, Максименко, Цыганок, 1980; Шкловский, 2003; Шохор-Троцкая (Бурлакова), 2001).

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахутина Т.В. Нейролингвистический анализ динамической афазии. Второе доп. и исправл. издание. М., Изд-во Теревинф, 2002.
2. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Система методов восстановительного обучения при грубой речевой патологии // Проблемы патологии речи. Отв. редактор В.В. Ковалев. М., 1989, с. 10-12.
3. Бадалян Л.О. Детская неврология. М., Изд-во Медицина, 1984.
4. Бурлакова М.К. (Шохор-Троцкая). Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления. М., 1972.
5. Бурлакова М.К. Коррекционно-педагогическая работа при афазии. М.: Просвещение, 1991.
6. Винарская Е.Н. и Пулатов А.М. Дизартрия и ее топиико-диагностическое значение в клинике очаговых поражений мозга, Ташкент, 1973
7. Глозман Ж.М. Мотивационные и личностные аспекты реабилитации больных с афазией. / В кн.: Актуальные проблемы современной психологии. М.: Изд-во МГУ, 1983, с. 212-215
8. Гудкова В.В., Стаховская Л.В., Кирильченко Т.Д., Ковражкина Е.А., Чекнева Н.С., Квасова О.В., Петрова Е.А., Иванова Г.Е. Ранняя реабилитация после перенесенного инсульта. М., 2005.
9. Дьякова Е.А. (2006). Основные принципы использования логопедического массажа в коррекционно-педагогической работе. // Логопед в детском саду, №5-6.
10. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта. М; Миклош, 2003.

11. Камаева О.В., Полина Монро, Буракова З.Ф. и др. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Методическое пособие. Часть 1. Организация Инсультного Блока / Под ред. А.А. Скоромца. – СПб., 2003.
12. Лаврова Е.В. Логопедия. Основы фонопедии. М., 2007
13. Лурия А.Р. Травматическая афазия. М.: Изд-во АМН СССР, 1947.
14. Лурия А.Р. Восстановление функций мозга после военной травмы. – Изд-во АМН СССР, 1948.
15. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., Академия, 2002.
16. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М., МГУ, 1969.
17. Оппель В.В. Восстановление речи после инсульта. Л.: Медицина, 1972.
18. Панченко И.И., Щербакова Л.А. Медико-педагогическая характеристика детей с дизартрическими расстройствами и анартрией, страдающих церебральными параличами и особенности логопедической работы // Нарушение речи и голоса у детей и взрослых. - М.: МГПИ им. В.И. Ленина, 1975.
19. Правдина О. В. Логопедия. / Учеб. пособие для студентов дефектолог. фак-тов пед. ин-тов. Изд. 2-е, доп. и перераб.- М.: "Просвещение", 1973.
20. Ранняя реабилитация больных с инсультом: Методические рекомендации №44. – М.: Изд-во РУДН, 2004, – 40 с.: ил.
21. Цветкова Л.С. (ред.) Проблемы афазии и восстановительного обучения. /М.: Изд-во МГУ, 1979, с. 162.
22. Цветкова Л.С., Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Методика оценки речи при афазии. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1981.
23. Цветкова Л.С., Глоzman Ж.М., Калита Н.Г., Максименко М.Ю., Цыганок А.А. Социально-психологический аспект реабилитации больных с афазией. М.: Изд-во МГУ, 1980, 82 с.
24. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. Москва-Воронеж, 2004.
25. Шкловский В.М. Концепция нейрореабилитации больных с последствиями инсульта. - Ж. Неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, вып. 8, М., 2003 г., с. 10-23.
26. Шкловский В.М., Визель Т.Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. М.: «Ассоциация дефектологов», В. Секачев, 2011.
27. Шохор-Троцкая М.К. (Бурлакова). Стратегия и тактика восстановления речи. М.: В. Секачев, Эксмо-Пресс, 2001.
28. Chapey, R. (2008). *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders* (5th ed.) Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
29. Davis, G. A., (2014). *Aphasia and related cognitive-communicative disorders*, Pearson Education, Inc. Boston MA 02116.
30. de Jong-Hagelstein, M., van de Sandt-Koenderman, W.M., Prins, N.D., Dippel, D.W., Koudstaal, P.J., Visch-Brink, E.G. (2011). Efficacy of early cognitive-linguistic treatment and communicative treatment in aphasia after stroke: a randomised controlled trial (RATS-2). *Journal of Neurology, Neurosurgery, & Psychiatry*, 82, 399-404.
31. Duffy, J.R., Fosset, T.R.D., & Thomas, J.E. (2011). Clinical practice in acute care hospital setting. In L. L. LaPointe (Eds.), *Aphasia and related neurogenic language disorders* (pp. 88-112). New York: Theime.
32. European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management-

- update. *Cerebrovascular diseases*, 2003.
33. Holland, A. & Fridriksson, J. (2001). Aphasia management during the early phases of recovery following stroke. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 10(1). 19-28.
 34. Johnson, A. F., Valachovic, A.M., & Gerge, K.P. (1998). Speech-language pathology practice in the acute care setting: a consultative approach. In A.F. Johnson & B.H. Jacobson (Eds.), *Medical speech-language pathology: A practitioner's guide* (pp. 96-130). New York: Thieme.
 35. Marshall, R.C. (1997). Aphasia treatment in the early postonset period: managing our resources effectively. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 6, 5-11.
 36. Prigatano G. P. (1999) *Principles of neuropsychological rehabilitation*. Oxford: Oxford University Press.
 37. Rofes L. et al., (2013) *Neurogenic and oropharyngeal dysphagia*. Annals of the New York Academy of Sciences. Volume 1300 The 11th OESO World Conference: Reflux Disease
 38. Spreen, O. & Risser, A. H. (2003). *Assessment of aphasia*, New York: Oxford University Press.
 39. Vogel, A. P., Maruff, P. & Morgan, A. T. (2010) Evaluation of communication assessment practices during the acute stages post stroke, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16, 1183-1188.
 40. Whitworth, A., Webster, J. & Howard, D. (2014) *A cognitive neuropsychological approach to assessment and intervention in aphasia: A clinicians Guide*, (2nd ed). East Sussex: Psychology Press.
 41. Wilson B. A. (2008). Neuropsychological rehabilitation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 141-162.
 42. Worrall, L., Sherratt, S., Rogers, P., Howe, T., Hersh, D., Ferguson, A., & Davidson, B. (2011). What people with aphasia want: Their goals according to the ICF. *Aphasiology*, 25(3), 309-322. doi:10.1080/02687038.2010.50853