

М.М. Щербакова, С.В. Котов

МЕТОДИКА СКРИНИНГ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С АФАЗИЕЙ

*Человек должен верить,
что непонятное можно
понять: иначе он не стал
бы размышлять о нем.*

И. Гете



Москва, 2017

Щербакова Мария Михайловна – логопед высшей категории ГБУЗ
МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Котов Сергей Викторович – д.м.н., профессор, зав. кафедры
неврологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

МЕТОДИКА СКРИНИНГ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С АФАЗИЕЙ

Учебно-методическое пособие

Москва, 2017

АННОТАЦИЯ

Методика может быть использована различными группами специалистов, работающих в сосудистых отделениях неврологических клиник, в травматологии, в центрах реабилитации постинсультных больных и других отделениях с целью дальнейшего планирования видов и форм реабилитации больным, нуждающимся в специфической форме лечения. Оценка связи специфики изменений высших психических функций, в том числе и речи с этиологией, а также правильная и своевременная диагностика данных заболеваний должна способствовать качественному повышению уровня реабилитации выбранной группы больных.

Пособие предназначено для логопедов, неврологов, нейропсихологов и других специалистов, работающих с данной группой больных.

Ключевые слова: распад речевого мышления, афазия, способ диагностики афазии, скрининг обследование, когнитивные нарушения

Составители:

Щербакова Мария Михайловна

Котов Сергей Викторович

Содержание

Введение:.....	6
Актуальность работы.....	8
Цель скрининг диагностики афазий.....	11
Задачи скрининг диагностики афазий	12
Предмет и объект исследования.....	13
Структура речевого дефекта при афазии.....	14
Методики, предлагаемые в литературе для диагностики речевого мышления.....	16
1.1. Методики, непосредственно направленные на обследование лиц с афазией.....	16
1.2. Методики, направленные на обследование высших психических функций, в том числе речи.....	27
Содержание методики скрининг обследования больных с афазией.....	33
Алгоритм обработки диагностической информации.....	33
Параметры обследования.....	34
Ход обследования.....	37
Методика скрининг обследования больных с афазией.....	44
Пошаговая инструкция скрининг обследования больных с афазией.....	48
Этап 1. Диагностика при грубой степени тяжести.....	48
Модуль грубая сенсо-моторная/тотальная афазия.....	48
Модуль мутизм.....	55
Этап 2. Дифференциальная диагностика формы афазии.....	59

Модуль акустико-гностическая афазия.....	59
Модуль акустико-мнестическая афазия.....	71
Модуль семантическая афазия.....	77
Модуль динамическая афазия.....	87
Модуль эфферентно-моторная афазия.....	92
Модуль афферентно-моторная афазия.....	95
Обобщение результатов обследования.....	99
Заключение.....	101
Приложение. Рекомендации для предварительного обследования речевого больного.....	103
Литература.....	106
Вопросы для самоконтроля.....	111
Ответы.....	115
Список сокращений.....	116

Введение

Методика скрининг обследования афазий относится к следующим отраслям знаний: гуманитарные и социальные науки, а именно медицина и специальная педагогика (неврология и логопедия). Она была разработана в неврологическом отделении ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского (Щербакова М.М., Котов С.В. и др. свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ №2015615928 от 27 мая 2015 г.).

Научным приоритетом предлагаемой методики выступают нейротехнологии и когнитивные исследования. Глобальная задача состоит в изучении фундаментальных механизмов работы мозга и когнитивных функций в норме и патологии.

Ключевая проблема: создание принципиально новых подходов к ранней (доклинической) диагностике патологий, сопровождающихся нарушением когнитивных функций.

Важность и значимость данного исследования заключается в пересмотре подхода к диагностике системного речевого нарушения, проявляющегося в форме афазии, что позволит специалисту-практику:

1. учитывать полноту клинической картины распада речевого мышления за счет всестороннего обследования больного;
2. качественно анализировать синдром без вмешательства экспериментатора в ход обследования;

3. сократить время обследования больного и тем самым ускорить процесс реабилитации.

Методика адаптирована к применению в сосудистых отделениях неврологических клиник, травматологии, центрах реабилитации постинсультных больных с целью подтверждения наличия у больного последствий локальных нарушений мозгового кровообращения, проявляющихся в форме афазии. Правильная и своевременная диагностика данного заболевания должна способствовать качественному повышению уровня реабилитации выбранной группы больных.

Актуальность работы

Афазия (от греческого а- отрицательная частица; phasis –речь) – полная или частичная утрата речи, обусловленная локальным поражением коры головного мозга при отсутствии расстройств артикуляционного аппарата и слуха [18].

Одним из наиболее частых заболеваний, приводящих к распаду высших психических функций, в том числе и речи у больных и соответственно к первой группе инвалидности, является мозговой инсульт. Однако помимо инсульта, к распаду функционирования речевого мышления и неречевых высших психических функций могут приводить и другие органические поражения головного мозга: черепно-мозговые травмы, последствия нейроинфекций, нейросифилиса. Кроме того, к изменениям функционирования высших психических функций, в том числе речи у больных с последствиями хронического аутоиммунного заболевания – рассеянного склероза. У данной группы больных также блокируется функционирование стратегических зон, ответственных как за речевое мышление, так и за неречевые высшие психические функции (зрительно-пространственное восприятие, счетные операции, мнестическая функция и др.).

Важно уточнить, что до настоящего времени остаются не изученными специфические особенности механизмов изменений речевого мышления и неречевых высших психических функций у больных с различными последствиями органического поражения головного мозга.

В клинической практике на результативность процесса диагностики больных с распадом речевого мышления, обусловленным органическим поражением головного мозга, отражается разрозненность работы специалистов (неврологов, логопедов, клинических психологов и др.). В итоге наблюдается расхождение в определении диагнозов у специалистов, работающих с данной группой больных. Наиболее частыми ошибками в клинике являются как отнесение больных с когнитивными нарушениями, сопровождающимися изменениями в функционировании речевого мышления и не обусловленными локальным угнетением стратегических зон коры головного мозга к больным с афазией, так и наоборот подмена диагноза афазии когнитивными нарушениями.

Отсутствие четкого единообразного алгоритма обследования больных с распадом речевого мышления, проявляющегося в форме афазии и субъективность при определении, как форм, так и степеней тяжести, затрудняет процесс диагностики и отрицательно сказывается на реабилитации. Негативным моментом имеющихся в настоящее время видов диагностик афазий является и их не функциональность.

Выше обозначенные проблемы породили необходимость создания комплексной (междисциплинарной) диагностики, отвечающей всем нормативным требованиям.

Предлагаемая методика скрининг обследования афазий разработана в неврологическом отделении ГБУЗ МО МОНИКИ им.

М.Ф. Владимирского (Щербакова М.М., Котов С.В. и др. свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ №2015615928 от 27 мая 2015 г.).

Особенностью предлагаемого способа обследования является качественный анализ синдрома афазии без вмешательства экспериментатора в диагностический процесс и постановка диагноза за один клинический осмотр.

Скрининг диагностика, состоящая из отдельных модулей, прямонаправленных на выявление каждой конкретной формы афазии, и ее степени тяжести, позволяет:

- 1) сократить диагностическую процедуру до 10-30 минут;
- 2) получить объективные данные о состоянии речевого нарушения у конкретного больного;
- 3) повысить эффективность реабилитации;
- 4) построить адекватный прогноз восстановления;
- 5) проанализировать соответствие локализации очага поражения и его обширности по данным КТ/МРТ с клинической картиной речевых нарушений и их степенью выраженности;
- 6) фиксировать больных, нуждающихся в логопедической помощи и в дальнейшем направлять их к специалисту для реабилитации;
- 7) наблюдать динамику восстановления данной группы больных.

Цель скрининг диагностики афазии

Целью данной работы служит достижение полноты определения диагноза у больных с распадом речевого мышления, проявляющегося в форме афазии, за один клинический осмотр.

Предлагаемая экспресс методика обследования афазий удобна для применения в клинике специалистами, работающими с большим потоком больных. Она отвечает всем нормативным требованиям. Под нормативными требованиями в данном случае понимаются следующие параметры:

- 1) учет всех симптомов, входящих в состав каждой формы афазии (синдромный подход);
- 2) адекватность заданий структуре речевого нарушения;
- 3) адекватность возрасту;
- 4) стабильность результатов обследования;
- 5) универсальность использования;
- 6) достоверность и объективность полученных результатов (отсутствие субъективной оценки при анализе результатов обследования).

Под удобством применения понимается два фактора:

- во-первых, не требует от специалиста-афазиолога специального обучения;
- во-вторых, процесс диагностики охватывает всю структуру речевого дефекта и занимает достаточно мало времени (от 7 до 30 минут).

Задачи скрининг диагностики афазии

Задачи исследования разрабатывались на основе анализа современного состояния проблемы и результатов собственных исследований способов диагностики речевого мышления у больных с афазиями. В результате определена следующая группа задач диагностической методики:

1. оптимизация процесса установления диагноза при обследовании больных с распадом речевого мышления различной этиологии. Необходим количественный и качественный анализ речевых нарушений, обусловленных как органическими изменениями в коре головного мозга (афазиями), так и функциональными (когнитивные нарушения);
2. полнота и системность определения речевых нарушений у неврологических больных в клинике;
3. ускорение начала курса реабилитации больных с распадом речевого мышления за счет сокращения времени их обследования;
4. определение взаимосвязи форм и степеней речевых нарушений с клинической картиной мозгового инсульта;
5. исключение субъективности оценивания больного специалистом;
6. модернизация способа диагностики распада речевого мышления за счет применения современных технологий.

Предмет и объект исследования

Предметом данного исследования является скрининг методика, позволяющая установить форму афазии и степень ее выраженности. При этом степень точности в определении речевого диагноза должна быть приближена к максимально возможной.

Объект исследования – больные с нарушениями функционирования речевого мышления различной этиологии. К ним относятся лица, перенесшие мозговой инсульт, черепно-мозговую травму, нейроинфекцию, нейросифилис и др. заболевания, затрагивающие стратегические зоны коры головного мозга, ответственные на осуществление речевой деятельности.

Структура речевого дефекта при афазии

Специалисту, приступающему к диагностике форм афазии у больных с распадом речевого мышления, обусловленного локальным нарушением мозгового кровообращения, необходимо иметь представление о первичных дефектах, лежащих в основе каждой клинической формы.

Речевое мышление как процесс осуществляется за счет сложнейшей совокупности нервных процессов, при совместной деятельности различных участков мозга [10].

Поражение «передней речевой зоны» [2] приводит к изменению следующих речевых операций:

- 1) построение внутриречевой схемы;
- 2) грамматическое структурирование;
- 3) построение моторной программы.

Нарушения пунктов 1) и 2) наблюдаются при динамической афазии, а нарушение пункта 3) наблюдается при эфферентно-моторной афазии.

При поражении средних областей коры головного мозга, а именно нижнетеменных отделов левого полушария коры головного мозга, нарушается операция выбора артикулем. Страдает кинестетическая моторная программа. В данном случае наблюдается афферентно-моторная афазия.

Угнетение функционирования «задней речевой зоны» [2] приводит к нарушению следующих речевых операций:

- 1) выбор звуков по акустическим признакам;

- 2) выбор слов по форме;
- 3) выбор слов по категориальному значению;
- 4) предметная отнесенность слова.

Нарушения пунктов 1) и 2) наблюдаются при акустико-гностической афазии, нарушения пунктов 2) и 4) наблюдаются при акустико-мнестической афазии, нарушение пункта 3) отмечается при семантической афазии.

Важно учитывать, что при грубых степенях тяжести, граничащих с тотальной степенью (грубой сенсо-моторной афазии) у больных проявляется изменение всех выше перечисленных операций. Однако в картине каждого речевого расстройства доминирующее значение имеет какой-либо один компонент: моторный (нарушение экспрессивной речи) или сенсорный (нарушение импрессивной речи).

Методики, предлагаемые в литературе для диагностики речевого мышления

Разработке методики скрининг диагностики больных с афазией, предшествовал анализ литературных данных с целью выявления существующих методик диагностики в клинической практике и их основных параметров содержания. Выявлена их достаточная ограниченность. Обнаружено не более 23 методик, из которых только 3 русскоязычных и 7 иностранных, непосредственно направлены на исследование речевого мышления у больных с целью определения наличия афазии. В остальных случаях методики применяются в клинике для обследования высших психических функций в целом, диагноз «афазия» в них не определяется.

Попробуем обозначить методики, которые апробированы в клинике и хорошо себя зарекомендовали.

1.1. Методики, непосредственно направленные на обследование лиц с афазией

Наиболее полноценная и достоверная картина речевого нарушения выявляется по «Карте нейропсихологического исследования больных с нарушениями высших психических функций» Шкловского В.М., Визель Т.Г. 1989. В ней оцениваются все параметры высших психических функций, в том числе и речи.

В протоколе исследования речи и других высших психических функций первоначально регистрируются общие сведения о пациенте (Ф.И.О., возраст, образование и т.д.) с указанием группы

инвалидности и клинического диагноза. Далее описываются субъективные жалобы больного, определяется наличие у него левшества или амбидекстрии, отмечаются такие параметры как: ориентировка, критика, эмоциональная сфера, психическая активность, внимание, поведение, утомляемость. Затем начинается собственно обследование речевого мышления.

В первой части исследуется импрессивная речь:

- 1) понимание речи в диалоге, диалогическая речь;
- 2) понимание инструкций;
- 3) понимание внеситуативных и парадоксальных вопросов;
- 4) понимание значения слов, обозначающих предметы;
- 5) понимание значения слов, обозначающих действия;
- 6) понимание фраз, логико-грамматических и предложных конструкций;
- 7) понимание фраз, содержащих пространственные отношения;
- 8) понимание сравнительных, инвертированных и временных конструкций.

Во второй части исследуется экспрессивная речь:

- 1) автоматизированная и дезавтоматизированная речь:
автоматизированные ряды,
договаривание пословиц и фраз с жестким контекстом;
- 2) называние предметов;
- 3) называние действий;

- 4) повторная речь: повторение звуков, слогов, серий звуков и слогов; повторение простых, сложных и бессмысленных слов; повторение фраз;
- 5) произвольная фразовая речь: составление предложений по картинкам; произвольное монологическое высказывание (составление рассказа).

В третьей части исследуется письмо как функция. Рассматриваются такие параметры как: 1) двигательные автоматизмы;

- 2) списывание фразы;
- 3) под диктовку;
- 4) звукобуквенный анализ и синтез слова.

В четвертой части исследуется чтение. Рассматриваются такие параметры как:

- 1) чтение букв разного шрифта;
- 2) чтение идеограмм;
- 3) раскладывание подписей под предметными картинками;
- 4) аналитическое чтение слов;
- 5) чтение фраз;
- 6) чтение текста;
- 7) оценка просодического компонента речи.

Отдельная часть методики направлена на исследование невербальных психических функций, а именно:

- 1) праксис: реципрокная координация рук; кинетический; динамический мануальный праксис; кинестетический,

конструктивно-пространственный; мимический; оральный, символический;

- 2) гнозис: зрительный предметный (реалистических изображений, наложенные изображения, недорисованные предметы); тактильный гнозис; слуховой неречевой гнозис; оптико-пространственный; идентификация схем пространственных отношений объектов;
- 3) память: на текущие и упроченные события; слухоречевая память; зрительная память;
- 4) счет: счетные операции; представления о разрядности числа; запись цифр под диктовку; запись многозначных чисел под диктовку; узнавание римских чисел;
- 5) интеллектуальные процессы: понимание сюжетной картинки; уровень обобщения (4-ый лишний); решение арифметически задач; интерпретация пословиц, метафор.

Результат исследования – определенное количество баллов, которое соотносится с конкретным диагнозом, отражающим в первую очередь степень выраженности когнитивного дефекта. Однако недостатком данной методики, несмотря на ее завершенность, является тот факт, что она достаточно сложна для обработки. Требуется практически недельное обследование больного (сокращенное обследование по данной методике занимает не менее трех дней). При этом существует возможность субъективности оценивания результатов исследования, так как

вывод делает специалист самостоятельно, опираясь на общее количество баллов.

В Центре патологии речи и нейрореабилитации разработан модифицированный протокол обследования - «Протокол исследования речи и других высших психических функций». Он активно применяется специалистами на практике. В нем имеется балльная система оценки. Цель протокола - обследование речевого мышления у больных с афазией. Результат исследования по данному протоколу – определенное количество баллов, без дифференцировки за какой тип заданий они получены. Специалист должен делать вывод самостоятельно, основываясь на своей компетентности в данной проблеме.

В карте Васерман Л.И., 1997 при обследовании афазии учитываются общие сведения о больных, его анамнез, данные клинического исследования, а именно:

- 1) неврологическое исследование (наличие неврологической органической симптоматики, сторона поражения мозга, долевая локализация очагов поражения);
- 2) психопатологическое исследование (нарушение познавательных процессов, нарушение эмоциональной сферы, личности, поведения).

Исследование речевого мышления разделено на блоки. В первом блоке обследуется экспрессивная речь. Оцениваются следующие параметры: спонтанная, диалогическая, автоматизированная, повествовательная речь, составление рассказа по сюжетным

картинкам, составление предложений к односложной сюжетной картинке, отраженная речь, произносительные особенности речи.

Во втором блоке обследуется импрессивная речь. Оцениваются следующие параметры: понимание ситуативной речи, понимание значения отдельных слов, понимание простых команд, понимание смысла слов, удержание речевого ряда на слух, понимание сложных логико-грамматических конструкций, фонематический анализ.

В третьем блоке обследуется письмо. Оцениваются следующие параметры: списывание, письмо букв под диктовку, письмо слогов под диктовку, письмо автоматизированных энграмм, письмо слов, составление слов из разрезной азбуки, письмо фраз под диктовку, самостоятельное письмо.

В четвертом блоке обследуется чтение. Оцениваются следующие параметры: чтение идеограмм, узнавание букв в наборе, выполненным разными шрифтами, чтение букв вслух, узнавание букв на фоне шума, чтение вслух слогов и псевдослов, чтение слов, предложений, чтение про себя и выполнение письменных инструкции, подкладывание подписей под предметные картинки, подкладывание подписей под сюжетные картинки, чтение слух коротких рассказов.

В конце каждого из блоков методики предусмотрена общая оценка успешности выполнении заданий, при этом для сопоставления результатов сумма баллов по каждому из блоков

методики делится на число заданий в блоках. Итоговые оценки по блокам могут служить основанием для построения диагноза.

В логопедической практике также применяется стандартизированная диагностическая шкала - «Методика оценки речи при афазии» Ахутиной Т.В., Цветковой Л.С., Пылаевой Н.М., 1981. По ней в основном работают специалисты, которые проводят научные исследования и отслеживают динамику восстановления речи по определенным параметрам. В методике выделяется два уровня:

1. Лингвистический уровень, на котором оценивается:

- а) импрессивная речь (понимание предметов; слов, обозначающих действие; фраз и инструкций);
- б) экспрессивная речь (диалог, называние предметов, называние действий, составление фраз, составление рассказа по картинке);
- в) письменная речь:
 - чтение букв, идеограмм, фраз, текстов;
 - письмо автоматизированное, списывание, под диктовку.

2. Смысловой уровень, на котором оценивается:

- а) чтение и пересказ текста;
- б) изложение текста и составление его плана;
- в) сочинение.

Данная методика снабжена балльной системой оценок. Балл зависит от сложности каждого конкретного задания: от 1 до 3 баллов. Соответственно снижение балла при ошибке

рассчитывается в 0.5, 1 и 1.5 балла. Отсутствие ответа оценивается в 0 баллов. Вывод специалист делает в зависимости от количества набранных баллов. Градация оценок: 90 баллов – очень грубая степень, от 90 баллов до 160 – грубая степень, от 160 до 230 – средняя степень, выше 230 – легкая степень. Максимальная сумма составляет приблизительно 270 -300 баллов (зависит от пробы на составление рассказа по картинке).

В результате обследования больных по Методике оценки речи при афазии можно определить степень выраженности речевого нарушения. Трудностями при работе с ней являются: сложность обработки результатов; требуется достаточно много времени для ее проведения (нужно рассчитывать как минимум на два/три дня); перенос с детских пособий (оценивание словарного запаса, грамотности и т.п.); устаревшая лексика (пионеры и т.д.), необходимость специалисту самостоятельно определять клиническую форму афазии.

В иностранной литературе встречается достаточно ограниченное количество диагностических методик, направленных на выявление афазии у больных с последствиями локального нарушения мозгового кровообращения.

Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE -3), 2000 применяется для определения степеней тяжести афазий. В ней используется фиксированная тестовая батарея, позволяющая оценить всю полноту когнитивных функций, а именно: произвольность, зрительную и слухоречевую память, речь,

зрительно-пространственные функции, академические навыки. В данной методике имеется балльная система оценки. Тяжелая степень афазии соответствует 1-2 баллам; умеренная степень соответствует 3-4 баллам; легкая степень тяжести – 5 баллов; отсутствие афазии – 6 баллов. Однако специалист самостоятельно определяет форму афазии.

Neurosensory Center Comprehensive Examination for Aphasia. 1991 (NICSEA) включает 24 субтеста на разные аспекты языка. Позволяет также оценить тяжесть речевых нарушений. Однако минусами данной методики являются: 1. не оценивается спонтанная речь больного; 2. при обследовании больных отмечается выраженный потолочный эффект, поэтому методика не чувствительна к высокообразованным лицам с легкими речевыми нарушениями; 3. сохраняется необходимость специалисту самостоятельно определять форму афазии.

Multilingual Aphasia Examination, 1989 (MAE) разработана на основе NCSEA. Оценивает запечатление, воспроизведение информации, непосредственно слухоречевую память и вербальные ассоциации, письмо. Однако данная методика не достаточно структурирована, четко не соотносится с механизмами речевых нарушений при афазии. Дифференциальный диагноз по ней поставить затруднительно.

Psycholinguistic Assessment of Language Processing in Aphasia, 1992 (PALPA) включает 60 субтестов на разные языковые структуры: орфографию, фонологию, семантику, морфологию,

синтаксис. Методика представляет собой интерактивный, гибкий процесс тестирования и составления гипотез относительно имеющихся нарушений. Таким образом, складывается впечатление, что данная методика больше подходит для исследований знаний языка, чем для определения формы афазии.

Методика Aphasia Language Performance Scales, 1975 (ALPS) практически ориентированная батарея тестов. Она направлена на планирование дальнейшей терапии речевых нарушений. Оценивает понимание устной речи, говорение, чтение, письмо. При ее проведении доступно неформальное взаимодействие тестирующего и пациента. Непосредственно обследование больного занимает 30 минут, так как тестирование начинается с уровня сложности, адекватного для пациента. Специалист самостоятельно формулирует заключение по итогам обследования.

Методика Minnesota Test of Differential Diagnosis of Aphasia, 1973 включает 57 субтестов и выполняется 1-3 часа. Данная методика подходит для планирования терапии, однако она не совсем адекватна для диагностики, так как использует специфическую классификацию форм афазий. По ней можно проводить подробное тестирование по основным проблемам афазии согласно факторному анализу: нарушения слухового восприятия, нарушение зрительного восприятия, чтения, речевые нарушения, нарушения арифметических процедур и операций с числами.

Western Aphasia Battery, 1979, 1982 разработана на основе Boston Diagnostic Aphasia Examination для диагностики

классификации афазий. Включает 4 устных речевых субтеста, чтение, письмо, счетные операции, конструктивные способности. Позволяет получить коэффициент состояния способностей: речевой (Aphasia Quotient) и неречевых высших психических функций (Performance Quotient) которые вместе образуют Cortical Quotient. Однако диагностировать по ней формы афазии принятые в русскоязычной литературе, предложенные А.Р. Лурия, затруднительно. Специалист должен делать вывод самостоятельно, опираясь на свою компетенцию.

В литературе описан патент Шеин А.П., Худяев А.Т., Лапынина Е.А., Меньщикова И.А., Скрипников А.А. от 2004 (RU(11)2228136(13)C2 (51)7A61B5/00,A61B5/0476) на способ диагностики степени тяжести моторной афазии при ишемических поражениях головного мозга. В данном случае для определения степени тяжести моторной афазии предлагается применять электроэнцефалограмму (ЭЭГ). С помощью данного метода осуществляют количественную обработку фоновой электроэнцефалограммы в диапазоне тета-активности по левым височным отведениям. Определяют абсолютную и относительную мощности, на основе которых диагностируют степень выраженности моторной афазии: 1) легкую степень выраженности моторной афазии, при абсолютной мощности в пределах от 20 до 39 мкВ² и относительной в пределах от 10 до 20%; 2) среднюю степень тяжести при абсолютной мощности в пределах от 40 до 70 мкВ² и относительной в пределах от 21 до 30%; 3) грубую степень

выраженности при значениях абсолютной мощности, превышающей 70 мкВ² в сочетании с относительной мощностью, превышающей 30%.

1.2. Методики, направленные на обследование высших психических функций, в том числе речи

В неврологии существуют распространенные шкалы, по которым определяется общее состояние больного с последствиями мозгового инсульта и оценивается речь. Так, по шкале CIBIS, 2012 (Впечатление клинициста о степени тяжести, основанное на интервью) речь обследуется по следующим параметрам: плавность, восприятие (понимание обращенной речи), называние, повторение, следование инструкциям. В данной методике баллы не учитываются. По другой шкале – «Шкале полушарного инсульта», речь оценивается в градации от 0 до 100 баллов. При этом, чем выше балл – тем лучше показатель по одному из параметров: понимание, называние, повторение, плавность. Каждый из выше перечисленных параметров рассматривается в определенном наборе заданий, объединенных в единый блок. Блоки оцениваются отдельно, таким образом, определяется специфика речевого нарушения. При этом диагноз не уточняется и не конкретизируется, поэтому специалисту необходимо делать вывод самостоятельно.

В клинике специалисты используют еще одну шкалу - «Шкалу оценки тяжести инсульта» - NIHSS, 1989. Данная методика также прямо не направлена на обследование больных с афазией. Задача –

определение тяжести инсульта и построение дальнейшего прогноза. Имеется балльная система оценки: от 3 (максимально), до 0 (минимально). Речь рассматривается отдельно. Она оценивается по следующим параметрам: описание картинок, название, чтение, понимание и повторение.

Среди диагностик, направленных на обследование когнитивных функций у больных с локальными нарушениями мозгового кровообращения наибольший интерес представляет работа Ананьева Н.И., Круглова Л.С. «Комплексная диагностика сосудистых деменций», 2007. В ней наряду с общими параметрами обследования речи (понимание, повторение, название) авторы учитывают нейровизуализационные критерии. Диагноз выстраивается с учетом показателей МРТ (магнитно резонансной томографии). Выделяются угнетенные зоны: подкорковые, стратегические (аналог тех очагов поражения, которые наблюдаются при развитии одной из форм афазии), гипоперфузионные, комбинированные.

В клинике для обследования высших психических функций применяется также ряд общих нейропсихологических методик. Однако данные методики прямо не направлены на обследование больных с афазией. Заключение специалист делает самостоятельно.

Рассмотрим некоторые из них.

На кафедре клинической психологии МГУ разработан «Протокол нейропсихологического обследования больных с локальным нарушением мозгового кровообращения» [12]. В нем

рассматриваются все параметры высших психических функций, в том числе и речь. Речь оценивается по следующим аспектам: экспрессивная, импрессивная, письмо, чтение. Общий вывод специалист делает самостоятельно. Балльная система оценки отсутствует, только большая и меньшая степень выраженности нарушения.

В другой нейропсихологической методике, методике Вассермана Л.И. и др., 1997 имеется балльная система оценок. Баллы обратно пропорциональны результатам: от 0 (без ошибок), до 4 (грубые ошибки). Рекомендован качественный анализ нарушений. Речь рассматривается по всем параметрам как в общем плане при оценивании психического статуса больного, так и отдельным блоком, в качестве функциональной системы. Исследуется: экспрессивная речь, понимание речи и словесных значений, письмо и чтение. Далее выстраивается общий вывод.

В «Нейропсихологическом блиц обследовании», 2005 рассматривается вся структура дефекта, в том числе неречевых высших психических функций. Данная методика является универсальной. Результат зависит от количества баллов и прямо пропорционален степени нарушения, то есть чем больше баллов, тем выраженнее степень. Градация в баллах: от 0 до 4. Задания разбиты на блоки: специфические параметры, движения и действия, гнозис, речь, интеллект и память. В конце каждого блока имеются комментарии к их выполнению. Специалист при постановке диагноза, опирается на количество баллов, однако вывод он делает

самостоятельно, то есть опять высока вероятность субъективности оценивания больного.

«Нейропсихологическая методика экспресс диагностики» Симерницкой Э.Г., 1991 также прямо не направлена на обследование речи у больных с афазией, ее основное предназначение – обследование обучаемости, то есть обследование детей. Она разбита на 10 серий, которые оцениваются по 14 шкалам. Каждая серия отображает один из параметров психической деятельности. Балльные оценки определяются числом допущенных ошибок. Основной акцент в данной методике сделан на изучении слухо-речевой памяти, слуховом внимании и зрительном восприятии. Итог обследования – заполнение протокола по всем показателям, причем каждый параметр оценивается отдельно, а затем делается общий вывод.

Существует также «Схема нейропсихологического исследования высших психических функций и эмоционально-личностной сферы» Хомской Е.Д., 2004. Цель данной методики – описание форм нарушений высших психических функций. В ней не выделяются баллы, отмечается только степень выраженности изменений: нет, слабо, сильно. Обследование разбито на блоки. Учитываются общие характеристики больного. Отдельный блок – исследование речи. Речевое мышление оценивается по следующим параметрам: спонтанная речь, автоматизированная, дезавтоматизированная, повторная, называние, понимание, развернутая речь, письмо и чтение. Однако после обследования

больного по данному блоку у автора не прослеживается четкого соотношения выявленных нарушений речевых и неречевых ВПФ с каким-либо синдромом, в том числе с афазией.

В иностранной литературе представлено только три известные, широко применяющиеся в клиниках методики, направленные на оценку состояния высших психических функций, в том числе и речи.

В методике *Communication Abilities in Daily Living*, 1980 (CADL) имитируются реальные ролевые ситуации и диалоги из повседневной жизни. Она задействует разные категории речевого поведения человека: социальный разговор, разговор в определенной ситуации и другие аспекты. От больного допускаются устные, письменные и жестовые ответы. Она позволяет определить коммуникативные особенности лиц с речевыми нарушениями.

Методика *Porch Index of Communicative Ability*, 1983 (PICA) стандартизирована. Она считается статистически надежной для оценки некоторых языковых процессов. Включает 18 субтестов: вербальные, жестовые, графические. Спонтанная речь больного не оценивается

Functional communication Profile, 1969 (FCP) оценивает адаптивное поведение в: движении, говорении, понимании, чтении. Позволяет определить динамику и функциональную коммуникацию, обычное речевое поведение в неформальной обстановке. Методика включает 45 заданий, рассчитана на 20-40 минут.

Таким образом, вне зависимости от того, непосредственно ли методика направлена на обследование и выявление афазии или задачами методики являются определение изменений высших психических функций в целом, исследуются все компоненты речевого мышления. При постановке диагноза авторы также опираются на результаты объективных обследований [1], состояние неречевых высших психических функций [6, 13, 25 и др.]. Заключение основывается на общем количестве набранных больным баллов [1, 3, 5, 6, 13, 15, 25, 26, 33]. Во всех методиках существует возможность субъективности оценивания результатов исследования, так как вывод специалист должен делать вывод самостоятельно, опираясь на собственную компетентность.

Содержание методики скрининг обследования больных с афазией

Алгоритм обработки диагностической информации

При создании макета данной формы обследования речевых больных мы проводили последовательную компоновку и интегрирование материала по диагностике лиц с афазией вплоть до получения окончательной скрининг диагностики. В процессе компоновки информации определялись структурные составляющие диагноза (предпосылки и проявления) путем сличения разных проявлений к конкретным симптомам или синдромам. Применялся качественный анализ дефекта, выделение первично пострадавших звеньев (факторов). В предлагаемом способе обследования задания сгруппированы в отдельные независимые модули, в соответствии с типом клинической формы афазии. В результате диагностики, по набранной сумме баллов в каждом отдельном модуле подтверждается или отвергается конкретный речевой диагноз с указанием степени выраженности речевого нарушения. Задача - не только архивировать данные первичного обследования, но и проводить динамическое наблюдение каждого пациента в процессе реабилитации.

Процедура определения синдрома афазии состоит из следующих этапов:

- 1) сбор совокупности данных;
- 2) компоновка информации, распределение по предпосылкам к возникновению и проявлениям расстройств;

- 3) выделение симптомов и их распознавание – симптомологическая оценка состояния высших психических функций;
- 4) группировка найденных симптомов в синдром, выделение в комплексе ведущего симптома – синдромологическая оценка состояния высших психических функций;
- 5) распознавание выявленного синдрома путем сравнения с эталонным представлением о синдромах афазии.

Параметры обследования

При разработке методики обследования были учтены особенности обработки речевой информации головным мозгом [22]:

- 1) избирательная активность определенных областей головного мозга при решении тех или иных речевых задач (фонологической, семантической, грамматической, лексической);
- 2) взаимосвязь полушарий – принципы их взаимодействия: комплементарность и реципрокность (торможение либо активизация субдоминантного полушария).

Синдром афазии обследуется с учетом всей структуры речевого дефекта, поэтому обследование включает исследование как речевых, так и неречевых высших психических функций (ВПФ):

1. Речевые ВПФ:

- а) диалог (ситуативная беседа);

- б) автоматизированная речь / дезавтоматизированная речь;
- в) стойкие речевые конструкции;
- г) понимание простейших речевых инструкций;
- д) называние;
- е) фонематическое восприятие;
- ж) слухо-речевая память, которая для удобства обследования исследуется на третьем этапе (одновременно с памятью на текущие события и зрительной памятью).
- з) семантика (анalogии, понимание переносного смысла слова, понимание логико-грамматических оборотов, подбор синонимов/антонимов к словам;
- и) построение фразы;
- к) повторение;
- л) письмо;
- м) чтение.

2. Неречевые ВПФ:

- а) память (слухо-речевая, на текущие события, зрительная);
- б) зрительное/зрительно-пространственное восприятие;
- в) ориентировка во времени;
- г) счетные операции;
- д) когнитивные функции (решение логических задач);
- е) праксис

Вербальный материал подбирался с учетом следующих факторов:

- 1) адекватность возрасту;
- 2) упроченность речевой информации (т.к. распознавание упроченных, автоматизированных слов связано с их непосредственной передачей в префронтальную кору);
- 3) лексическое наполнение слов (стратегии обработки речевой информации полушариями: конкретные глаголы, существительные (правое полушарие) - абстрактные глаголы, существительные (левое полушарие); синтетическая (правое полушарие) – аналитическая (левое полушарие) стратегия).

Факторы, на которые авторы опираются при создании методики скрининг обследования:

- 1) качественный анализ симптома [24];
- 2) обследование должно показать:
 - а) связь дефекта с лежащим в основе нарушений высших психических функций или элементарных функций;
 - б) является ли симптом первичным или вторичным (системным следствием первичного дефекта) [24];
- 3) при обследовании необходимо учитывать коммуникативные способности человека (диалог, номинативная функция, фразовая речь, понимание значения слов, понимание значения предложений) [2];
- 4) дозированная умственная нагрузка (отвечает требованиям адекватной функциональной пробе [16]);

- 5) эксперимент требует точной и объективной регистрации фактов [16];
- 6) не вмешательство экспериментатора в ход обследования [16];
- 7) учет психологической сущности дефекта, который требует преодоления, так как механизм синдрома, часто не совпадает с его внешним клиническим проявлением [9];
- 8) характер изменений высших психических функций, у больных с острым нарушением мозгового кровообращения. Так как, при локальном нарушении мозгового кровообращения страдают нижележащие операции, зависящие от угнетенного участка, а компенсация идет сверху [10].

Ход обследования

1. Неврологическое обследование

При поступлении больных с речевыми нарушениями в неврологическую клинику первоначально их осматривает врач-невролог. Невролог проводит клиническое обследование, в заключение которого определяется неврологический диагноз.

Стандартизированное неврологическое обследование (см. справочную информацию 2017 года: ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России /схема истории болезни неврологического больного/rsmu/) включает:

- I. Общую часть (анкетные данные)
- II. Специальную часть:

Жалобы (на момент осмотра);

Анамнез данного заболевания (от развития первых симптомов до момента курации);

Анамнез жизни (включая перенесенные заболевания, травмы, операции);

Объективное состояние больного: 1) общее состояние; 2) телосложение; 3) кожные покровы и слизистые оболочки (органы дыхания, органы кровообращения, органы мочеотделения).

Неврологический статус: 1) общемозговые симптомы: сознание; головная боль; несистемные головокружения; тошнота, рвота; общесудорожные припадки; менингеальные симптомы; очаговые симптомы: черепно-мозговые нервы; двигательная система; система координации; система чувствительности; высшие психические функции; вегетативная система.

III. Топический диагноз рисунка очага поражения нервной системы

IV. Нозологический диагноз

V. План обследования, который назначается в зависимости от нозологического диагноза.

VI. Клинический диагноз, который выставляется на основании жалоб, данных анамнеза, данных клинического и неврологического осмотра, данных дополнительного обследования.

В случае выявления речевых нарушений, невролог направляет больного к логопеду-афазиологу.

2. Логопедическое обследование

При первичном обследовании для определения у конкретного больного наличия распада речевого мышления (афазии), логопед должен исключить следующие нарушения (в ряде случаев они могут сопутствовать афазии и отягощать ее):

- 1) нарушения иннервации органов артикуляции (дизартрии);
- 2) нейродинамические нарушения;
- 3) когнитивные нарушения;
- 4) изменения в органах чувств (нарушение слуха/зрения);
- 5) деменция;
- 6) мутизм.

Для исключения описанных выше нарушений, логопед-афазиолог должен выяснить анамнез больного, уточнить механизм речевых нарушений.

При дифференциальной диагностике важно обращать внимание на следующие особенности:

- 1) обусловленность речевых нарушений развитием у больного ОНМК/ЧМТ;
- 2) наличие или отсутствие нарушения мозгового кровообращения по данным объективных исследований (КТ/МРТ), а также локализацию очага поражения. Так как, в большинстве случаев, клиническая картина речевых

нарушений совпадает с зоной угнетения. Рассмотрим поподробнее взаимосвязь локализации очага поражения с картиной проявления речевых нарушений (см. таблицу 1 на стр. 40).

Таблица 1.

Изучение данных объективных исследований (КТ/МРТ)		
I. На КТ/МРТ без отклонений /отсутствие очага поражения коры головного мозга		
Варианты обследования:		
1) Ситуативная беседа. Выяснение преморбида		
2) Определение состояния когнитивных функций		
3) Определение возможных периферических речевых нарушений		
II. На КТ/МРТ определяется очаговое поражение коры головного мозга		
Очаг поражения в левом полушарии коры головного мозга	Очаг поражения в правом полушарии коры головного мозга	Очаг поражения в подкорковых отделах
Варианты обследования:		
Исследование речевого мышления	Исследование когнитивных функций	Исследование когнитивных функций и

		периферического речевого аппарата
Возможные изменения:		
Зависят от локализации очага поражения	Не зависят от локализации очага поражения	
<p>Очаг в передних отделах (лобных)</p> <p>1) Кинетическая моторная программа (передний лоб) – эфферентно-моторная афазия</p> <p>2) Планирование и программирование речевого высказывания (задний лоб) – динамическая афазия</p>	Неспецифические нарушения памяти	Атипичные формы афазий, имеющие преходящий характер
<p>Очаг в средних теменных отделах:</p> <p>Кинестетическая моторная программа – афферентно-моторная</p>	Изменения эмоционально-волевой сферы	Дисфагия, дисфония

афазия		
<p>Очаг в верхних височных отделах:</p> <p>Слухо-речевая память, фонематическое восприятие – акустико-мнестическая афазия</p>	Изменения пространственного восприятия	Нарушения просодики (интонационной стороны речи)
<p>Очаг в средне-височных отделах</p> <p>Нарушение фонематического восприятия – акустико-гностическая афазия</p>	Нейродинамические нарушения	Нарушения темпо-ритмической организации речи
<p>Очаг в теменно-височно-затылочных отделах (зона пересечения ТРО)</p> <p>Семантические нарушения, нарушения зрительно-пространственного восприятия, акалькулии – семантическая афазия</p>	-	Дизартрия

- 3) влияние времени суток и общего соматического состояния больного в текущий момент времени на результативность ответов (при нейродинамических нарушениях);
- 4) отсутствие (при афазии) или наличие астении (истощаемости психических функций), как ведущего симптома сосудистой деменции;
- 5) наличие (при афазии) или отсутствие невербальных форм общения (при мутизме);
- 6) наличие (при афазии) эмоциональных реакций или апатию (при мутизме/деменции);
- 7) на то, что больной не понимает обращенную речь и не говорит сам (при афазии), либо сохраняет способность понимать и говорить при этом у него не возникает никаких попыток к общению (при мутизме).

При постановке логопедического диагноза «афазия» важно учитывать: преморбид больного; первичность речевых нарушений; этиологию; давность возникновения; обширность очага поражения; возраст; пол; личностные особенности; состояние других когнитивных функций; индивидуальные особенности мозговой организации речевой деятельности (наличие левшества); состояние спонтанной речи.

При повторном логопедическом обследовании анализируются результаты реабилитации.

Методика скрининг обследования больных с афазией

При компоновке заданий в экспресс методике скрининг обследования больных с афазией, авторы учитывали апробированные методики оценки речи, использующиеся в логопедической и неврологической практике [1, 3, 4, 5, 6, 12, 13, 15, 19, 20, 24, 25, 26 и др.]. Однако для простоты и доступности применения разработанной методики, задания были сгруппированы по модульному принципу в соответствии со структурой дефекта каждой клинической формы афазии.

Рассмотрим содержание методики скрининг обследования больных с афазией.

Скрининг обследование больного с речевыми нарушениями проводит экспериментатор: врач-невролог, логопед, клинический психолог.

Первоначально регистрируются анкетные данные, группа инвалидности, клинический диагноз, образование больного, особенности эмоционально-волевой сферы, результаты объективных исследований (КТ/МРТ) с уточнением зоны угнетения. Затем начинается собственно исследование состояния речевого мышления больного, которое состоит из двух этапов. Цель первого этапа исключить грубую степень тяжести речевого расстройства, а также дифференцировать афазию и мутизм. Цель второго этапа – определение формы афазии и степени ее выраженности. Значительным положительным моментом предлагаемой методики обследования является то, что специалисту

не обязательно проходить все этапы с каждым больным. Если он хочет подтвердить наличие у больного какой-либо конкретной формы афазии, то может ее выбрать из списка и провести обследование с целью подтверждения наличия данной формы афазии у больного (см. Таблицу 2, стр.46, 47).

Дата (число, месяц, год)						
Номер по порядку						
Фамилия имя отчество						
Возраст						
Группа инвалидности	нет	I группа	II группа	III группа		
Клинический диагноз	ОНМК	ЧМТ	Дифференциальный диагноз		Последствия нейроинфекции	
Образование больного	Высшее	Среднее/ среднее специальное		Неполное среднее	Образования нет	
Особенности эмоционально-волевой сферы больного	норма	возбуждение	апатия	депрессия	агрессия	
Возможность осуществления речевого общения	Общение недоступно			Общение ограничено		
	грубая сенсо-моторная афазия мутизм			Указать данные результатов объективных исследований (КТ-МРТ)		
Результаты объективных исследований (КТ/МРТ)	Отсутствует очаговое поражение головного мозга	Очаг в Передней мозговой артерии	Очаг влевой СМА	Очаг в Правой СМА	Очаг в Задней мозговой артерии	

	<p>мутизм</p> <p>/Если не подтвержден, тогда: Экспериментатор выбирает самостоятельно нужный модуль/</p>	<p>Уточнение зоны угнетения</p>			
	<p>Лобные отделы</p> <p>Эфферентно- моторная афазия Динамическая афазия</p>	<p>Височные отделы</p> <p>Акустико- гностическая афазия Акустико- мнестическая афазия</p>	<p>Теменные отделы</p> <p>Афферентно- моторная афазия Семантическая афазия</p>	<p>Затылочные отделы</p> <p>Семантическая афазия Акустико- мнестическая афазия</p>	<p>Подкорковые отделы</p> <p>Экспериментатор выбирает самостоятельно</p>

Пошаговая инструкция скрининг обследования больных с афазией

ЭТАП 1. ДИАГНОСТИКА ПРИ ГРУБОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ МОДУЛЬ ГРУБАЯ СЕНСО-МОТОРНАЯ/ТОТАЛЬНАЯ АФАЗИЯ (ВКЛЮЧАЕТ 4 ЗАДАНИЯ)

Инструкции не озвучиваются. Определяется грубая степень тяжести, поэтому на данном этапе озвучиваются только вопросы.

1) **Ситуативная беседа:** максимальная оценка 3 балла. Время ожидания ответа – 30 секунд. Больному предъявляются ситуативные вопросы:

1.а) *Ответьте на вопрос, выбрав один из вариантов ответа*

Голова болит?

да нет

1.б) *Ответьте на вопрос, выбрав один из вариантов ответа*

Вы сегодня завтракали?

да нет

1.в) *Ответьте на вопрос, выбрав один из вариантов ответа*

Вам жарко?

да нет

Адекватными считаются как утвердительный, так и отрицательный ответы. От озвучивания каждой инструкции до получения ответа отводится

30 секунд. Смена вопроса (переход к следующему заданию) происходит по выбору одного из ответов, либо по истечении отведенного времени выполнения инструкции. Всего больному предъявляется три ситуативных вопросы. Каждый ответ оценивается в 1 балл.

2) Автоматизированная речь: максимальная оценка 2 балла. Время ожидания ответа – 2 минуты. Больному поочередно предъявляются два автоматизированных ряда: счет до 10 и дни недели. Далее озвучивается инструкция. При этом экспериментатор комментирует: «Продолжите ряд». Далее к выполнению задания приступает сам больной.

2.а) *Продолжите ряд цифр от одного до десяти.*

Продолжите ряд цифр

1 один	2 два	3 три							
------------------	-----------------	-----------------	--	--	--	--	--	--	--

10 десять	7 семь	4 четыре	5 пять	9 девять	8 восемь	6 шесть
---------------------	------------------	--------------------	------------------	--------------------	--------------------	-------------------

2.б) *Продолжите ряд названий дней недели*

Продолжите ряд названий дней недели

понедельник	вторник	среда				
--------------------	----------------	--------------	--	--	--	--

суббота	воскресенье	пятница	четверг
----------------	--------------------	----------------	----------------

От озвучивания каждой инструкции до выбора последнего (шестого либо четвертого) слова отводится 2 минуты. Смена инструкции (переход к следующему заданию) происходит по событию выбора последнего слова,

либо по истечении отведенного времени. Правильное выполнение каждой инструкции оценивается в 1 балл.

3) Дописывание стойких речевых конструкций: максимальная оценка 3 балла. Время ожидания ответа – 30 секунд. Больному поочередно предъявляются 3 стойкие речевые конструкции и инструкция к ним.

3.а) *Завершите выражение, выбрав одно из слов в зеленых ячейках*

Тише едешь – дальше	(будешь)
----------------------------	----------

насмешись	ответ	будешь	считают
------------------	--------------	---------------	----------------

3.б) *Завершите выражение, выбрав одно из слов в зеленых ячейках*

Сделал дело – гуляй	(смело)
----------------------------	---------

ответ	будешь	считают	смело
--------------	---------------	----------------	--------------

3.в) *Завершите выражение, выбрав одно из слов в зеленых ячейках*

Цыплят по осени	(считают)
------------------------	-----------

насмешись	ответ	будешь	считают
------------------	--------------	---------------	----------------

Слова в скобках больному не предъявляются. От озвучивания каждой инструкции до выбора нужного слова отводится 30 секунд. Смена инструкции (переход к следующему заданию) происходит по событию выбора нужного слова, либо по истечении отведенного времени. Правильный выбор окончания любого выражения оценивается в 1 балл.

4) Понимание простейших речевых инструкций: максимальная оценка 4 балла. Время ожидания ответа – 30 секунд. Больному поочередно предъявляются четыре картинki с изображением лица и тела человека. Задача больного показать ту картинку, на которой происходит действие по заданной инструкции.

4.а) *Посмотрите на картинki и выберите ту, которая соответствует заданной инструкции*

1. Закройте глаза; 2. Откройте рот; 3. Надуйте щеки



4.б) *Посмотрите на картинki и выберите ту, которая соответствует заданной инструкции*

1. Поднимите руки вверх.
2. Поднимите правую ногу.
3. Поднимите левую ногу



От озвучивания каждой инструкции до показа нужной картинки отводится 30 секунд. Смена инструкции (переход к следующему заданию) происходит по событию выбора картинки, либо по истечении отведенного времени. Правильное выполнение любой инструкции оценивается в 1 балл.

Пример 1. Обследование больного А-еева 1954 г.р.

Предварительный логопедический диагноз: грубая сенсо-моторная афазия. Выбран модуль «Грубая сенсо-моторная афазия». Время обследования больного - 5 минут.

1) Ситуативная беседа.

Инструкция: Ответьте на вопрос, выбрав один из вариантов ответа.

- Голова болит? (1 балл)

да	нет
----	-----

- Вы сегодня завтракали? (1 балл)

да	нет
----	-----

- Вам жарко? (1 балл)

да	нет
----	-----

2) Автоматизированная речь (0 баллов)

Инструкция: «Продолжите ряд цифр»

 1 один	 2 два	 3 три	5	6	4	-	-	-	-
---	--	--	----------	----------	----------	---	---	---	---

10 десять	7 семь	4 четыре	5 пять	9 девять	8 восемь	6 шесть
---------------------	------------------	--------------------	------------------	--------------------	--------------------	-------------------

Инструкция: «Продолжите ряд названий дней недели»

 понедельник	 вторник	 среда	суббота	пятница	воскресенье	четверг
--	--	--	---------	---------	-------------	---------

суббота	воскресенье	пятница	четверг
---------	-------------	---------	---------

3) Дописывание стойких речевых конструкций (1 балл).

Инструкция: «Завершите выражение, выбрав одно из предложенных слов»

 Тише едешь – дальше	<i>будешь</i>
--	---------------

насмешись	ответ	будешь	считают
-----------	-------	--------	---------

👁️ Сделал дело – гуляй	-
---------------------------	---

ответ	будешь	считают	смело
-------	--------	---------	-------

👁️ Цыплят по осени	-
-----------------------	---

насмешись	ответ	будешь	считают
-----------	-------	--------	---------

4) Понимание простейших речевых инструкций (3 балла)

Инструкция: «Посмотрите на картинки, выберите по заданной инструкции».

2. 👁️ Закройте глаза; 2. 👁️ Откройте рот; 3. 👁️ Надуйте щеки

лицо с открытыми глазами	∨ лицо с закрытыми глазами
∨ лицо с открытым ртом	лицо с закрытым ртом
∨ лицо	лицо с надутыми щеками

- 👁️ Поднимите руки вверх

Человек с опущенными руками	∨ Человек с поднятыми руками
Человек с поднятой левой ногой	Человек с поднятой правой ногой

Набрано 7 баллов. Речевой диагноз: грубая сенсо-моторная афазия

МОДУЛЬ МУТИЗМ

(ВКЛЮЧАЕТ 3 ЗАДАНИЯ И ОДНО ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ)

Проводится для той группы больных, которые на Этапе 1.1 набрали 6 баллов и менее.

- 1) **Дописывание в тексте пропущенных слов:** максимальная оценка 1 балл. Время ожидания ответа – 3 минуты. Больному предъявляется текст с пропущенными словами и инструкция.

Прочитайте текст и вставьте пропущенные слова

Вчера я встал в 7 часов Пошел в ванную комнату, принял холодный , после чего я вытерла лицо и руки махровым . Наступил завтрак. На завтрак нам давали манную , хлеб со сливочным . После завтрака в больнице был утренний обход врачей. Лечащий врач измерил мне артериальное , спросил про общее самочувствие.

зарядку	вчера	давление	маслом	чая
полотенцем	зубы	утра	душ	кашу

От озвучивания инструкции до выбора последнего (десятого) слова отводится 3 минуты. Переход к следующему заданию происходит по событию выбора последнего слова, либо по истечении отведенного времени. Правильное выполнение задания (1 балл) допускает не более одной ошибки.

- 4) **Показ предметных картинок:** максимальная оценка 1 балл. Время ожидания ответа – 30 секунд. Больному предъявляется шесть картинок и вопросы к ним.

Ответьте на вопрос, выбрав одну из картинок

Вопросы	Ответы
----------------	---------------

Куда мы вешаем одежду?	
На чем мы ездим?	
Что мы едим?	
Что мы пьем?	
На чём мы пишем?	
Что мы читаем?	



1.



2.



3.



4.



5.



6.

После выбора картинки ее номер фиксируется экспериментатором в ответах. От озвучивания каждой инструкции до выбора картинки отводится 30 секунд. Смена инструкции (переход к следующему заданию) происходит по событию выбора картинки, либо по истечении отведенного времени. Правильное выполнение задания (оценка в 1 балл) допускает не более одной ошибки.

5) Дописывание предложений: максимальная оценка 4 балла. Время ожидания ответа – 3 минуты. Больному предъявляются незавершенные предложения, варианты слов для их завершения и инструкция.

Завершите предложения, выбрав слова зеленых ячеек

Крыша дома, стоящего на опушке леса, была покрыта	<i>(мхом)</i>
До следующей станции нужно было ехать около пятнадцати	<i>(минут)</i>
К дому подъехала легковая	<i>(машина)</i>
Никакой другой возможности доехать не оставалось, кроме того, как идти дальше	<i>(пешком)</i>
Политики собрались в зале за круглым	<i>(столом)</i>
Птицы перестали петь после	<i>(полуночи)</i>
Начальник отругал сотрудника за его очередное пятиминутное	<i>(опоздание)</i>
После дождя на улице появились большие	<i>(лужи)</i>

машина	полуночи	лужи	мхом
опоздание	пешком	столом	минут

Слова в скобках больному не предъявляются. От озвучивания каждой инструкции до выбора нужного слова отводится 3 минуты. Смена инструкции (переход к следующему заданию) происходит по событию выбора нужного слова, либо по истечении отведенного времени. Максимальная оценка – 4 балла. Если больной совершает одну-две ошибки, оценка снижается до 3 баллов. Три ошибки оцениваются в 2 балла. Четыре ошибки оцениваются в 1 балл.

Дополнительное задание: максимальная оценка 1 балл. Время ожидания ответа 1 минута. Больному предъявляется простейшая логическая задача и инструкция к ней.

Ответьте на вопрос, выбрав ответ в одной из зеленых ячеек

Аптека находится за домом перед магазином.

Дольше всего идти до аптеки или до магазина?

(до магазина)

до аптеки

до магазина

Слова в скобках больному не предъявляются. От озвучивания каждой инструкции до выбора нужного слова отводится 1 минута. Завершение задания происходит по событию выбора одного из ответов, либо по истечении отведенного времени.

ЭТАП 2. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ФОРМЫ АФАЗИИ
МОДУЛЬ АКУСТИКО-ГНОСТИЧЕСКАЯ АФАЗИЯ
(ВКЛЮЧАЕТ 5 ЗАДАНИЙ)

1. Ситуативные вопросы: максимальная оценка 4 балла. Цель – определение сохранности нейродинамических процессов. Время ожидания 30 секунд. Больному в ускоренном темпе задаются ситуативные вопросы, требующие утвердительного («да») или отрицательного («нет») ответа. Вопросы связаны с потребностями/желаниями больного, они подкрепляются наглядной демонстрацией тех предметов, о которых идет речь. Процедура: показываем на картинку, озвучиваем ее и киваем/поворачиваем головой, сопровождая кивок/поворот головы словами «да»/ «нет». Смена инструкции (переход к следующему заданию) происходит истечении отведенного времени. Каждый адекватный ответ оценивается в 1 балл.

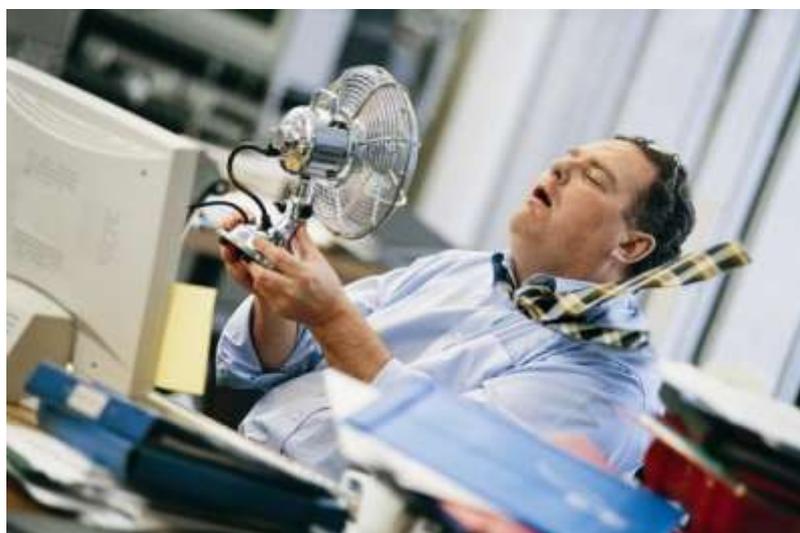


ЕСТЬ ХОТИТЕ?

ПИТЬ ХОТИТЕ?



ВАМ ЖАРКО?



ВАМ ХОЛОДНО?



2) Поиск лишнего предмета из ряда предложенных картинок: максимальная оценка 2 балла. Цель – определение сохранности нейродинамических процессов. Время ожидания 30 секунд. Больному предъявляется ряд картинок, которых объединяет какой-либо один общий признак. При этом одна из картинок к другим не подходит по этому признаку. Задача обнаружить лишний предмет и его назвать. Специалист обязательно демонстрирует больному наглядный пример. Смена инструкции (переход к следующему заданию) происходит истечении отведенного времени. Каждый адекватный ответ оценивается в 1 балл.

Инструкция: «Что лишнее?»



1.



2.

3) Показ сюжетных картинок: максимальная оценка 4 балла. Время ожидания 30 секунд.

Больному предъявляются 4 картинки. Задача показать по инструкции нужную картинку. Озвучивается упрощенная инструкция.

Ответьте на вопрос, выбрав одну из картинок

Покажите где

Вопросы	Ответы
Семья смотрит телевизор	
Художник рисует картину	
Женщина моет окно в комнате	
Женщина фотографируется	

1



2



3



4



После выбора картинки ее номер фиксируется экспериментатором в ответах. От озвучивания каждой инструкции до выбора картинки отводится 30 секунд. Каждое правильное указание картинки оценивается в 1 балл.

б) Показ предметных картинок: максимальная оценка 4 балла. Время ожидания ответа 30 секунд. Больному предъявляются 4 картинки. Задача показать нужную картинку по инструкции.

Ответьте на вопрос, выбрав одну из картинок

Покажите где

Вопросы	Ответы
телефон	
тапочки	
дом	
газета	



1.



2.



3.



4.

После выбора картинки ее номер фиксируется экспериментатором в ответах. От озвучивания каждой инструкции до выбора картинки отводится 30 секунд. Смена инструкции (переход к следующему заданию) происходит по событию выбора картинки, либо по истечении отведенного времени.

Каждое правильное указание картинки оценивается в 1 балл.

7) Раскладывание подписей к предметным картинкам: максимальная оценка 4 балла. Время ожидания ответа 1 минута.

Больному предъявляются картинки. Задача «подписать» нужную картинку, выбрав одно из слов, предъявленных в ячейках. Озвучивается упрощенный вариант каждой инструкции.

3.a) *Укажите название предмета на **первой** картинке, выбрав одно из слов в зеленых ячейках*

Укажите название предмета на первой картинке



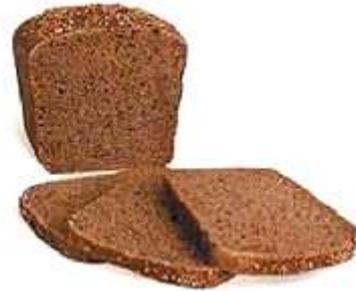
1.



2.



3.



4.

очки	кровать	хлеб	зонт
------	---------	------	------

3.б) *Укажите название предмета на **второй** картинке, выбрав одно из слов в зеленых ячейках*

Укажите название предмета на второй картинке



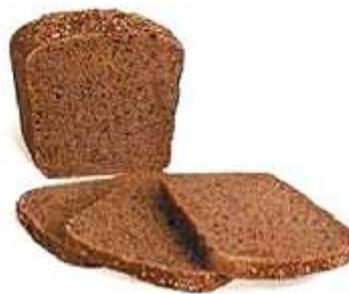
1.



2.



3.



4.

очки	кровать	хлеб	зонт
------	---------	------	------

3.6) Укажите название предмета на **третьей** картинке, выбрав одно из слов в зеленых ячейках

Укажите название предмета на третьей картинке



1.

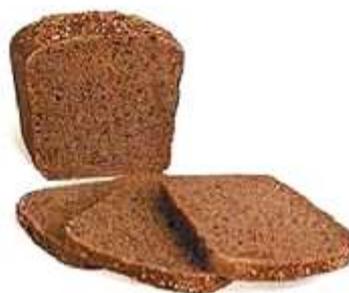


2.



3.

4.



очки	кровать	хлеб	зонт
------	---------	------	------

3.2) Укажите название предмета на **четвертой** картинке, выбрав одно из слов в зеленых ячейках

🔊 Укажите название предмета на четвертой картинке



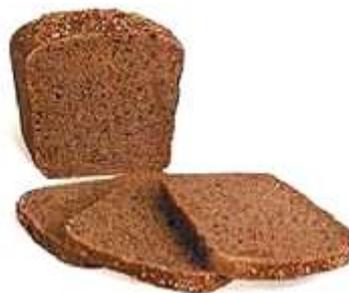
1.



2.



3.



4.

очки	кровать	хлеб	зонт
------	---------	------	------

После выбора одного из слов в зеленых ячейках, экспериментатор записывает это слово под картинкой. От озвучивания каждой инструкции до выбора/показа слова отводится 1 мин. Смена инструкции (переход к следующему заданию) происходит по событию выбора/показа слова, либо по истечении отведенного времени. Каждое правильное нахождение предмета оценивается в 1 балл.

4) Фонематическое восприятие: максимальная оценка 6 баллов. Время ожидания ответа 30 секунд.

Больному на одновременно предъявляются четыре серии слогов и две серии слов. Озвучиваемые слоги и слова не выделяются. Задача показать те слоги/слова, которые он услышит.

4.a) *Покажите зеленую ячейку, в которой находится то, что услышите:*

па-па-ба

Покажите слоги, которые услышите

ба-ба-па	 па-па-ба	та-та-да	да-да-та
почка-дочка-точка		бочка-точка-дочка	

4.б) *Покажите зеленую ячейку, в которой находится то, что услышите:*
та-та-да

Покажите слоги, которые услышите

ба-ба-па	па-па-ба	 та-та-да	да-да-та
почка-дочка-точка		бочка-точка-дочка	

4.в) *Покажите зеленую ячейку, в которой находится то, что услышите:*
ба-ба-па

Покажите слоги, которые услышите

 ба-ба-па	па-па-ба	та-та-да	да-да-та
почка-дочка-точка		бочка-точка-дочка	

4.г) *Покажите зеленую ячейку, в которой находится то, что услышите:*
да-да-та

Покажите слоги, которые услышите

ба-ба-па	па-па-ба	та-та-да	 да-да-та
-----------------	-----------------	-----------------	--

почка-дочка-точка	бочка-точка-дочка
--------------------------	--------------------------

4.д) *Покажите зеленую ячейку, в которой находится то, что услышите:*
бочка-точка-дочка

Покажите слова, которые услышите

ба-ба-па	па-па-ба	та-та-да	да-да-та
почка-дочка-точка		бочка-точка-дочка	

4.е) *Покажите зеленую ячейку, в которой находится то, что услышите:*
почка-дочка-точка

Покажите слова, которые услышите

ба-ба-па	па-па-ба	та-та-да	да-да-та
почка-дочка-точка		бочка-точка-дочка	

После выбора одного из слогов/слов в зеленых ячейках, экспериментатор записывает это слово в белую ячейку. От озвучивания каждой инструкции до выбора/показа слова отводится 30 сек. Смена инструкции (переход к следующему заданию) происходит по событию выбора слога/слова в зеленой ячейке, либо по истечении отведенного времени. Каждая правильно указанная серия оценивается в 1 балл.

5) Составление слов из букв: максимальная оценка 4 балла. Время ожидания 2 минуты.

Больному заданы буквы с целью составления из них слова, причем имеются два условия: 1) одна из букв лишняя; 2) первая буква в каждом загаданном слове уже дана. Озвучивается упрощенная инструкция.

5.а) Составьте из букв, написанных в зеленых ячейках слово

Составьте из букв слово

	З		
З	У	П	Б

 (зуб)

5.б) Составьте из букв, написанных в зеленых ячейках слово

Составьте из букв слово

	Д			
Д	У	К	Г	Р

 (друг)

5.в) Составьте из букв, написанных в зеленых ячейках слово

Составьте из букв слово

	Д				
Д	Р	Ь	В	Е	Ф

 (дверь)

5.г) Составьте из букв, написанных в зеленых ячейках слово

Составьте из букв слово

	С			
С	Т	У	З	Л

 (стул)

Слова в скобках больному не предъявляются. От озвучивания каждой инструкции до выбора последней буквы в слове отводится 2 минуты. Смена инструкции (переход к следующему заданию) происходит по событию выбора последней буквы, либо по истечении отведенного времени. Каждое правильно составленное слово оценивается в 1 балл.

МОДУЛЬ АКУСТИКО-МНЕСТИЧЕСКАЯ АФАЗИЯ (ВКЛЮЧАЕТ 5 ЗАДАНИЙ)

1) Показ недорисованных предметных картинок: максимальная оценка 4 балла. Время ожидания 30 секунд.

Больному предъявляются недорисованные картинки. Задача показать нужную картинку по инструкции. Озвучивается упрощенная инструкция.

Ответьте на вопрос, выбрав одну из картинок

Покажите где

Вопросы	Ответы
телевизор	
стол	
стакан	
супница	

1.



2.



3.



4.



После выбора картинки ее номер фиксируется экспериментатором в ответах. От озвучивания каждой инструкции до выбора картинки отводится 30 секунд. Смена инструкции (переход к следующему заданию) происходит по событию выбора картинки, либо по истечении отведенного времени.

Каждое правильное указание картинки оценивается в 1 балл.

2) Объяснение функциональных назначений предметов: максимальная оценка 5 баллов. Время ожидания ответа 2 минуты.

Больному одновременно предъявляются пять картинок предметов, восемь названий действий с предметами. Задача больного выбрать нужную картинку по заданной инструкции. Озвучивается упрощенная инструкция.

Соотнесите названия действий с предметами на картинках, выбрав нужную картинку

Чем я:

Вопросы	Ответы
копаю	
причесываюсь	
пишу	
глажу	
запираю	



1. (копаю)



2. (глажу)



3. (причесываюсь)



4. (затираю)



5. (пишу)

Слова в скобках больному на экране не предъявляются. После выбора картинки ее номер фиксируется экспериментатором в ответах. От озвучивания каждой инструкции до выбора картинки отводится 2 минуты. Смена инструкции (переход к следующему заданию) происходит по событию выбора картинке, либо по истечении отведенного времени. Каждое правильное указание названия действия оценивается в 1 балл.

3) Подбор аналогии: максимальная оценка 2 балла. Время ожидания ответа 1 минута.

Больному предъявляются две пары слов. Задача – подобрать к одному из слов пару по аналогии с примером. Озвучивается упрощенный вариант каждой инструкции.

3.а) *Имеется пример пары слов, объединенных смысловой связью. Есть контрольное слово, к которому требуется подобрать слово, образующее с ним аналогичную пару, выбрав одно из слов в зеленых ячейках*

Посмотрите на пример. Подберите к заданному слову слово с аналогичным значением

яйцо – скорлупа
картофель – (шелуха)

огород	капуста	суп	шелуха
--------	---------	-----	--------

3.б) *Имеется пример пары слов, объединенных смысловой связью. Есть контрольное слово, к которому требуется подобрать слово, образующее с ним аналогичную пару, выбрав одно из слов в зеленых*

ячейках

Посмотрите на пример. Подберите к заданному слову слово с аналогичным значением

ложка – суп
вилка – (мясо)

посуда	нож	тарелка	мясо
--------	-----	---------	------

Слова в скобках больному не предъявляются. От озвучивания каждой инструкции до выбора нужного слова отводится 1 минута. Смена инструкции (переход к следующему заданию) происходит по событию выбора слова в зеленой ячейке, либо по истечении отведенного времени.

Каждая правильно подобранная аналогия оценивается в 1 балл.

4) Слухоречевая память на серию слов: максимальная оценка 2 балла.

Время ожидания ответа 2 минуты.

Больному предъявляются пять пустых ячеек и двенадцать слов для выбора, а также инструкция. Задача больного прослушать серию из пяти слов и выбрать услышанные слова из слов, предложенных в зеленых ячейках. Озвучивается упрощенная инструкция.

Прослушайте серию слов. Выберите из слов в зеленных ячейках, те слова, которые услышите и заполните ими белые ячейки.

Прослушайте слова. Выберите и запишите те слова, которые Вы услышите:

 дом-лес-кот-сторож-сапоги)

--	--	--	--	--

окно	лесник	куртка	ботинки	сапоги	дом
избушка	собака	кот	сторож	село	лес

Слова в скобках больному не предъявляются. От озвучивания инструкции до выбора последнего пятого слова в зеленой ячейке отводится 2 минуты. Смена инструкции (переход к следующему заданию) происходит по

событию выбора слова в зеленой ячейке, либо по истечении отведенного времени. Порядок выбора слов не имеет значения. Правильное указание от четырех до трех слов снижает оценку до 1 балла.

5) Слухоречевая память на текст: максимальная оценка 4 балла. Время ожидания ответа 2 минуты.

Больной прослушивает рассказ, после чего отвечает на четыре, вопроса по тексту. Для этого он должен выбрать один из вариантов ответов из предложенных в зеленых ячейках. Экспериментатор фиксирует его ответ в белую ячейку.

Прослушайте рассказ:

Точный портрет.

В квартиру к Пикассо забрался вор. Пикассо заметил его, но вор убежал. В полиции хотели составить фоторобот, но Пикассо заявил, что он, художник, и сам нарисует портрет преступника.

На основании этого портрета на следующий день были арестованы пятнадцать человек, две лошади, четыре автобуса, фонарный столб, тарелка жареной рыбы и рубанок.

5.а) *Ответьте на вопрос, выбрав один из ответов в зеленых ячейках*

Как называется рассказ?	<i>(Точный портрет)</i>
--------------------------------	-------------------------

Художник Пикассо	Художник и гангстер	Ограблен ие века	Преступник и полиция	Точный портрет	Интересный этюд
------------------	---------------------	------------------	----------------------	----------------	-----------------

5.б) *Ответьте на вопрос, выбрав один из ответов в зеленых ячейках*

Что произошло в квартире Пикассо?	<i>(попытка ограбления)</i>
--	-----------------------------

собрание	попытка ограбления	концерт	приезд дальних родственников	затопление	пожар
-----------------	---------------------------	----------------	-------------------------------------	-------------------	--------------

5.в) Ответьте на вопрос, выбрав один из ответов в зеленых ячейках

Что предложил сделать полицейский главному герою?	<i>(составить фоторобот)</i>
--	------------------------------

нарисовать этюд	написать рассказ	расследовать самому	составить фоторобот	написать портрет преступника	ждать
------------------------	-------------------------	----------------------------	----------------------------	-------------------------------------	--------------

5.г) Ответьте на вопрос, выбрав один из ответов в зеленых ячейках

Кого арестовали?	<i>(пятнадцать человек, две лошади, четыре автобуса, фонарный столб, тарелку жареной рыбы и рубанок)</i>
-------------------------	--

пятьдесят человек, два автобуса, три лошади, два фонаря, три столба, тарелку с жареной рыбой и рубашку	пятнадцать человек, две лошади, четыре автобуса, фонарный столб, тарелку жареной рыбы и рубанок	пять человек, четыре лошади, два автобуса, столб, тарелку с мясом, яичницу и рубанок
---	--	---

Слова в скобках больному не предъявляются. От озвучивания каждой инструкции до выбора ответа в зеленой ячейке отводится 2 минуты. Смена вопроса (переход к следующему заданию) происходит по событию выбора слова в зеленой ячейке, либо по истечении отведенного времени. Каждая правильно подобранная аналогия оценивается в 1 балл.

МОДУЛЬ СЕМАНТИЧЕСКАЯ АФАЗИЯ (ВКЛЮЧАЕТ 7 ЗАДАНИЙ)

1) Зрительно-пространственное восприятие пропорций: максимальная оценка 1 балл. Время ожидания ответа 1 минута.

Больному предъявляется горизонтальная прямая линия. Задача больного разделить эту линию пополам, отметив ручкой ее середину.

Разделите данный отрезок пополам, отметив ручкой его середину.



(↔)

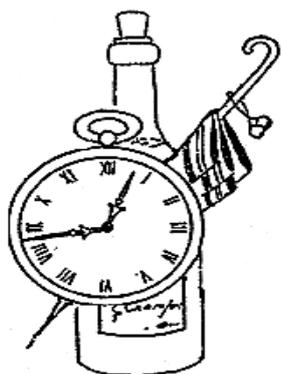
От озвучивания инструкции до выбора больным середины прямой и выделения ее ручкой отводится 1 минута. Переход к следующему заданию происходит по событию выполнения инструкции, либо по истечении отведенного времени.

2) Зрительно-пространственное восприятие наложенных

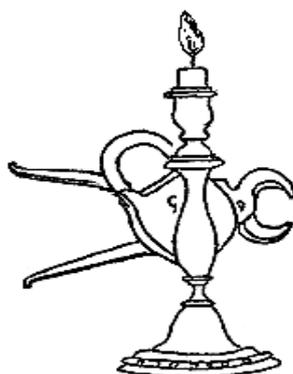
изображений: максимальная оценка 3 балла. Время ожидания ответа 3 минуты.

Больному одновременно, предъявляются три картинки, каждая из которых содержит по три наложенных друг на друга предмета, четырнадцать названий предметов и инструкция. Задача больного определить, какие предметы изображены на каждой картинке, и подписать их названия, выбрав из слов в зеленых ячейках.

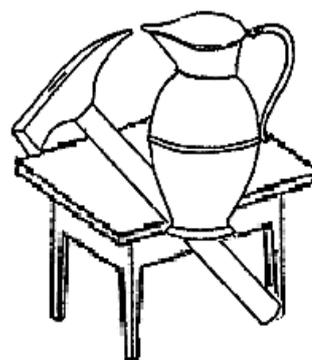
Посмотрите на картинки. Укажите, какие предметы изображены на них, выбрав слова в зеленых ячейках



1	
2	
3	



1	
2	
3	



1	
2	
3	

--	--	--

(часы, зонт, бутылка)		(свеча, замок, клещи)			(кувшин, молоток, стол)	
тарелка	часы	клещи	ножницы	чашка	кувшин	стол
зонт	свеча	веер	бутылка	ложка	молоток	замок

От озвучивания инструкции до выбора больным в зеленых ячейка слов-подписей к картинкам отводится 3 минуты. Переход к следующему заданию происходит по событию выбора последнего слова, либо по истечении отведенного времени. Порядок расположения названий предметов, относящихся к одной картинке, не имеет значения. Экспериментатор фиксирует ответ больного в белых ячейках. Правильный набор ответов к каждой картинке оценивается в 1 балл.

3) Схема тела: максимальная оценка 4 балла. Время ожидания ответа 30 секунд.

Больному предъявляется картинка с изображением человека. Затем поочередно предлагаются четыре инструкции. Задача больного показать у изображенного на картинке человеке ту часть тела, которую он услышит. Озвучивается упрощенный вариант инструкции.

Покажите часть тела:

Вопросы	Ответы
Где правая рука?	

Где левая нога?	
Где левая рука?	
Где правая нога?	



После выбора больным какой-либо части тела на картинке, соответствующее ей название фиксируется экспериментаторов в ответах. От

озвучивания каждой инструкции до выбора части тела отводится 30 секунд. Смена инструкции (переход к следующему заданию) происходит по событию показа части тела, либо по истечении отведенного времени выполнения инструкции. Правильное выполнение любой инструкции оценивается в 1 балл.

4) Определение времени на часах: максимальная оценка 2 балла. Время ожидания ответа 2 минуты.

Больному предъявляются часы и две инструкции. Задача больного изобразить на них заданное время.

Посмотрите на изображение часов

4.a)

Установите **21.00**



4.б)

Установите **17.45**



От озвучивания каждой инструкции до установления больным заданного времени отводится 2 минуты. Экспериментатор фиксирует ответ больного в

белых ячейках. Переход к следующему заданию происходит по событию установления времени на часах, либо по истечении отведенного времени.

Правильное выполнение любой инструкции оценивается в 1 балл.

5) Счетные операции: максимальная оценка 1 балл. Время ожидания ответа 2 минуты.

Больному одновременно предъявляются три арифметических примера, десять вариантов ответов в зеленых ячейках. Задача больного решить эти примеры, выбрав ответ в одной из зеленых ячеек.

Решите примеры, выбрав ответы в зеленых ячейках

$99 + 11 =$	(110)	
$89 - 19 =$	(70)	
$121 - 11 =$	(110)	

100	101	111	99	70	80	79	10	110	120
-----	-----	-----	----	----	----	----	----	-----	-----

Числа в скобках больному не предъявляются. После «решения» больным примера, экспериментатор фиксирует его ответ в белых ячейках. Смена инструкции (переход к следующему заданию) происходит по событию решения последнего примера, либо по истечении отведенного времени выполнения инструкции. Правильное выполнение любой инструкции оценивается в 1 балл.

б) Понимание переносного смысла слов: максимальная оценка 4 балла. Время ожидания ответа 1 минута.

Больному предъявляются стойкие речевые выражения и ячейки со словами в качестве вариантов объяснения этих выражений. Задача больного выбрать правильное объяснение выражения из ряда ему предложенных в зеленых ячейках.

6.a) *Укажите объяснение выражения*

Водить за нос – это значит	(обманывать)
-----------------------------------	--------------

быть внимательным	мало	очень длинный	быть любопытным
обманывать	много	считать	вращать

6.б) *Укажите объяснение выражения*

С гулькин нос – это значит (мало)

быть внимательным	мало	очень длинный	быть любопытным
обманывать	много	считать	вращать

6.в) *Укажите объяснение выражения*

Куры не клюют – это значит (много)

быть внимательным	мало	очень длинный	быть любопытным
обманывать	много	считать	вращать

6.г) *Укажите объяснение выражения*

Глядеть в оба – это значит (быть
внимательным)

быть внимательным	мало	очень длинный	быть любопытным
обманывать	много	считать	вращать

Слова в скобках больному не предъявляются. От озвучивания инструкции до выбора больным варианта ответа отводится 1 минута. Экспериментатор фиксирует его ответ в белых ячейках. Переход к следующему заданию происходит по событию выбора ответа, либо по истечении отведенного времени. Правильный выбор объяснения любого выражения оценивается в 1 балл.

7) Понимание логико-грамматических оборотов: максимальная оценка 2 балла. Время ожидания ответа 2 минуты.

Больному поочередно предъявляются две фразы, содержащие логико-грамматические обороты и ячейки со словами-ответами. Задача больного, ответить на вопросы, выбрав один из предложенных ему вариантов ответов в зеленых ячейках.

7.а) *Ответьте на вопрос, выбрав один из предложенных Вам вариантов в зеленых ячейках*

Ваня худее Миши, но толще Андрея. Кто самый худой?	<i>(Андрей)</i>
---	-----------------

Ваня	Миша	Андрей
-------------	-------------	---------------

7.б) *Ответьте на вопрос, выбрав один из предложенных Вам вариантов в зеленых ячейках*

Позавтракал после того, как сходил на прогулку. Что сделал раньше?	<i>(сходил на прогулку)</i>
---	-----------------------------

позавтракал	сходил на прогулку
--------------------	---------------------------

Слова в скобках больному не предъявляются. От озвучивания инструкции до выбора больным варианта ответа отводится 2 минуты. Экспериментатор фиксирует его ответ в белых ячейках. Переход к следующему заданию происходит по событию выбора ответа, либо по истечении отведенного времени. Правильный ответ на любой вопрос оценивается в 1 балл.

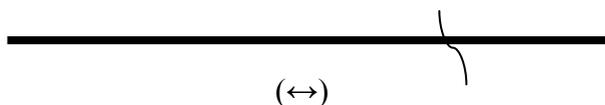
Пример 2. Обследование больной Сад-ой, 1968 г.р.

Предварительный логопедический диагноз: семантическая афазия.

Выбран модуль «Семантическая афазия». Время обследования больного - 12 минут.

1) Зрительно-пространственное восприятие пропорций (0 баллов)

Инструкция: «Разделите данную прямую линию пополам, отметив ручкой ее середину»



2) Зрительно-пространственное восприятие наложенных изображений (0 баллов)

Инструкция: «Посмотрите на картинки. Укажите, какие предметы изображены на них, выбрав слова в ячейках»

	часы, зонт, бутылка		свеча, замок, клещи		кувшин, молоток, стол
1	<i>Тарелка</i>	4	<i>Свеча</i>	7	<i>Чашка</i>
2	<i>Зонт</i>	5	-	8	<i>Молоток</i>
3	-	6	<i>Ножницы</i>	9	-

тарелка	часы	клещи	ножницы	чашка	кувшин	стол
зонт	свеча	веер	бутылка	ложка	молоток	замок

3) Схема тела (0 баллов)

Инструкция: «Покажите часть тела».

👁️ Где правая рука?

изображение человека
<i>Ответ: левая рука</i>

👁️ Где левая нога?

изображение человека
<i>Ответ: правая нога</i>

👁️ Где левое плечо?

изображение человека
<i>Ответ: правое плечо</i>

👁️ Где правое ухо?

изображение человека
Ответ: левое ухо

4) Определение времени на часах (0 баллов)

Инструкция: «Посмотрите на изображение часов»

🔊 Установите 21.00.

Циферблат с часами
Ответ: 15.00 (зеркально)

🔊 Установите 17.45.

Циферблат с часами
Ответ: 19.05

5) Счетные операции (2 балла)

Инструкция: «Решите примеры, выбрав ответы в ячейках»

$99 + 11 =$	(101)
$89 - 19 =$	(70)
$121 - 11 =$	(110)

100	101	111	99	70	80	79	10	110	120
-----	-----	-----	----	----	----	----	----	-----	-----

6) Понимание переносного смысла слов (3 балла)

Инструкция: «Укажите объяснение выражения»

Водить за нос – это значит	(вращать)
----------------------------	-----------

быть внимательным	мало	очень длинный	быть любопытным
обманывать	много	считать	√ вращать

С гулькин нос – это значит	(мало)
----------------------------	--------

быть внимательным	√ мало	очень длинный	быть любопытным
-------------------	-----------	---------------	-----------------

обманывать	много	считать	вращать
-------------------	--------------	----------------	----------------

Куры не клюют – это значит (*много*)

быть внимательным	мало	очень длинный	быть любопытным
обманывать	у много	считать	вращать

Глядеть в оба – это значит (*быть любопытным*)

быть внимательным	мало	очень длинный	у быть любопытным
обманывать	много	считать	вращать

7) Понимание логико-грамматических оборотов (0 баллов)

Инструкция: «Ответьте на вопрос, выбрав один из предложенных Вам вариантов»

**Ваня худее Миши, но толще Андрея.
Кто самый худой?** (*Ваня*)

у Ваня	Миша	Андрей
------------------	-------------	---------------

**Позавтракал после того, как сходил на прогулку.
Что сделал раньше?** (*позавтракал*)

у позавтракал	сходил на прогулку
-------------------------	---------------------------

Набрано 5 баллов. Речевой диагноз: семантическая афазия грубой степени тяжести

МОДУЛЬ ДИНАМИЧЕСКАЯ АФАЗИЯ (ВКЛЮЧАЕТ 4 ЗАДАНИЯ)

1) **Динамический праксис:** максимальная оценка 1 балл. Время ожидания ответа 30 секунд.

Больному одновременно предъявляются три картинки, и поочередно озвучиваются три инструкции к ним. Вводная инструкция озвучивается один раз. Задача показать ту картинку, название которой он услышит.

1.a) Покажите ту картинку, на которой изображено то, что услышите

Вопросы	Ответы
КУЛАК	
РЕБРО	
ЛАДОНЬ	



1.



2.



3.

После выбора картинки ее номер фиксируется экспериментатором в ответах. От озвучивания каждой инструкции до выбора картинки отводится 30 секунд. Смена инструкции (переход к следующему заданию) происходит по событию выбора картинки, либо по истечении отведенного времени.

Каждое правильное указание названия действия оценивается в 1 балл.

2) Подбор к словам синонимов и антонимов: максимальная оценка 8 баллов. Время ожидания ответа 3 минуты.

Большому предъявляются две группы ячеек со словами и варианты их: а) синонимов; б) антонимов. Задача – подобрать к словам синонимы и антонимы. Озвучивается упрощенный вариант каждой инструкции.

2.а) *Подберите к словам **синонимы**, выбрав нужное слово из слов, предъявленных в зеленых ячейках*

Подберите к словам синонимы

1. бросать	2. веселить	3. ругать	4. смеяться
<i>(кидать)</i>	<i>(радовать)</i>	<i>(бранить)</i>	<i>(хохотать)</i>

--	--	--	--

брат	хвалить	бранить	пинать	хохотать	огорчать	радовать
кидать	ловить	поднимать	менять	терять	издеваться	плакать

2.б) *Подберите к словам **антонимы**, выбрав нужное слово из слов, предъявленных в зеленых ячейках*

Подберите к словам антонимы

1. бросать	2. веселить	3. ругать	4. смеяться
<i>(ловить)</i>	<i>(огорчать)</i>	<i>(хвалить)</i>	<i>(плакать)</i>

--	--	--	--

брат	хвалить	бранить	пинать	хохотать	огорчать	радовать
кидать	ловить	поднимать	менять	терять	издеваться	плакать

Слова в скобках больному не предъявляются. От озвучивания инструкции до выбора больным варианта ответа отводится 3 минуты. Экспериментатор фиксирует его ответ в белых ячейках. Переход к следующему заданию происходит по событию выбора ответа, либо по истечении отведенного времени.

Правильный подбор каждого синонима/антонима оценивается в 1 балл.

3) Построение фразы (предложения): максимальная оценка 3 балла.

Время ожидания ответа 3 минуты.

Больному заданы: четыре, пять и три ячейки со словами. Далее ему предлагается составить из этих слов предложение. Порядок слов в предложении не принципиален. Вводная инструкция озвучивается один раз.

составьте из данных слов предложение

3.а) Составьте предложение из слов **утро – дождь**, выбрав слова из слов, представленных в зеленых ячейках

Утро-дождь

(всё)	(утро)	(шли)	(дожди)

утром	утро	дожди	шел	шли	всё	всех
--------------	-------------	--------------	------------	------------	------------	-------------

3.б) Составьте предложение из слов **вечер-прогулка**, выбрав слова из слов, представленных в зеленых ячейках

Вечер-прогулка

(вечером)	(мы)	(вышли)	(на)	(прогулку)

вечером	вечер	прогулку	выходить	вышли	мы	на
----------------	--------------	-----------------	-----------------	--------------	-----------	-----------

3.в) Составьте предложение из слов **врач – больной**, выбрав слова из слов, представленных в зеленых ячейках

Врач-больной

<i>(врач)</i>	<i>(осмотрел)</i>	<i>(больного)</i>

врач	врача	осмотрел	осмотреть	больного	больной
-------------	--------------	-----------------	------------------	-----------------	----------------

Слова в скобках больному не предъявляются. От озвучивания каждой инструкции до выбора последнего в предложении слова (четвертого, пятого, либо третьего) отводится 3 минуты. Смена инструкции (переход к следующему заданию) происходит по событию выбора последнего в предложении слова, либо по истечении отведенного времени.

Каждое правильно составленное предложение оценивается в 1 балл.

4) Решение логических задач: максимальная оценка 3 балла. Время ожидания ответа 2 минуты.

Больному предъявляются три логические задачи и варианты ответа (по типу да/нет) в зеленых ячейках. Задача больного выбрать правильный ответ для каждой задачи. Вводная инструкция, озвучивается один раз.

Решите задачку, выбрав один из предложенных Вам ответов.

4.а) Мать разделила пирожное пополам и отдала младшему сыну бóльший кусок. Могла ли она так сделать?

да	нет	<input type="checkbox"/>
<i>(нет)</i>		

4.б) Может ли кто-нибудь из родителей сказать «Ты мне сын, но я тебе не отец»?

да	нет	<input type="checkbox"/>
<i>(да)</i>		

4.в) Петров и Сидоров работают менеджерами в одной фирме.

Поначалу зарплата у них была одинаковой, но через год директор решил, что Петров работает хорошо, а Сидоров не очень. Директор увеличил зарплату Петрова на 10%, а зарплату Сидорова уменьшил на 10%. Еще через год он понял, что ошибся, и уменьшил зарплату Петрова на 10%, а зарплату Сидорова повысил на 10%.

Теперь Сидоров получает больше, чем Петров?

да	нет	<input type="checkbox"/>
----	-----	--------------------------

(нет)

Слова в скобках больному не предъявляются. От озвучивания инструкции до выбора больным варианта ответа отводится 2 минуты. Экспериментатор фиксирует его ответ в белых ячейках. Переход к следующему заданию происходит по событию выбора ответа, либо по истечении отведенного времени.

Каждый правильный ответ оценивается в 1 балл.

МОДУЛЬ ЭФФЕРЕНТНО-МОТОРНАЯ АФАЗИЯ (ВКЛЮЧАЕТ 4 ЗАДАНИЯ)

1) Воспроизведение дезавтоматизированных рядов: максимальная оценка 2 балла. Время ожидания ответа 2 минуты.

Больному поочередно предъявляются два дезавтоматизированных ряда: счет от 10 до 1 и дни недели от воскресенья до понедельника. Далее озвучивается инструкция. При этом экспериментатор комментирует: «Продолжите ряд». Далее к выполнению задания приступает сам больной.

1.а) *Продолжите ряд цифр от десяти до одного*

Продолжите ряд цифр от десяти до одного

9 девять	8 восемь	7 семь						
--------------------	--------------------	------------------	--	--	--	--	--	--

5 пять	2 два	4 четыре	6 шесть	1 один	3 три
------------------	-----------------	--------------------	-------------------	------------------	-----------------

1.б) *Продолжите ряд названий дней недели*

Продолжите ряд названий дней недели

воскресенье	суббота	пятница				
--------------------	----------------	----------------	--	--	--	--

среда	понедельник	четверг	вторник
--------------	--------------------	----------------	----------------

От озвучивания каждой инструкции до выбора последнего (шестого либо четвертого) слова отводится 2 минуты. Смена инструкции (переход к следующему заданию) происходит по событию выбора последнего слова, либо по истечении отведенного времени.

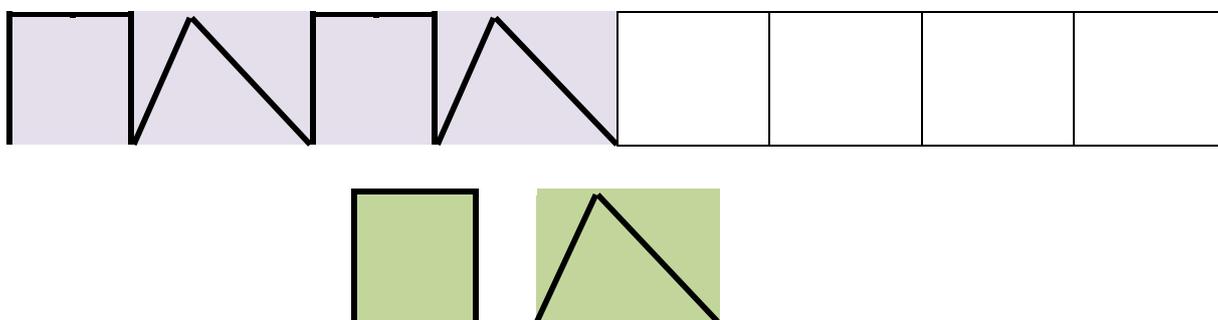
Правильное выполнение любой инструкции оценивается в 1 балл.

4) Графический праксис: максимальная оценка 2 балла. Время ожидания ответа 2 минуты.

Больному предъявляется рисунок ломаной линии. Задача больного – продолжить этот рисунок, выбрав один из двух предъявленных ему элементов в зеленых ячейках. Озвучивается упрощенный вариант инструкции.

Посмотрите на рисунок и продолжите его, выбрав один из элементов в зеленых ячейках

Посмотрите на рисунок, продолжите его



От озвучивания инструкции до выбора последнего (пятого) элемента рисунка отводится 2 минуты. Переход к следующему заданию происходит по событию выбора последнего элемента, либо по истечении отведенного времени. Максимальная оценка - 2 балла, оценка снижается до 1 балла, если больной сделал ошибку только в одном элементе рисунка. 0 баллов за две ошибки и больше.

5) Составление слов из слогов: максимальная оценка 4 балла. Время ожидания ответа 2 минуты.

Больному предъявляются слоги для составления из них слов. Озвучивается упрощенная инструкция.

3.а) *Составьте из слогов, написанных в зеленых ячейках слова*

составьте из слогов слово

(потолок)

ЛОК	ПО	ТО
------------	-----------	-----------

3.б) *Составьте из слогов, написанных в зеленых ячейках слова*

СОСТАВЬТЕ ИЗ СЛОГОВ СЛОВО

			<i>(телефон)</i>
ФОН	ТЕ	ЛЕ	

3.в) *Составьте из слогов, написанных в зеленых ячейках слова*

СОСТАВЬТЕ ИЗ СЛОГОВ СЛОВО

			<i>(колесо)</i>
СО	ЛЕ	КО	

3.г) *Составьте из слогов, написанных в зеленых ячейках слова*

СОСТАВЬТЕ ИЗ СЛОГОВ СЛОВО

			<i>(машина)</i>
ШИ	НА	МА	

Слова в скобках большому экрану не предъявляются. От озвучивания каждой инструкции до выбора последнего (третьего) слога отводится 2 минуты. Смена инструкции (переход к следующему заданию) происходит по событию выбора последнего слога, либо по истечении отведенного времени. Каждое правильно составленное слово оценивается в 1 балл.

МОДУЛЬ АФФЕРЕНТНО-МОТОРНАЯ АФАЗИЯ (ВКЛЮЧАЕТ 5 ЗАДАНИЙ)

- 1) **Автоматизированное чтение:** оценка 1 балла. Время ожидания ответа 1 минута.

На экране перед больным появляются анкетные данные (Ф.И.О.), указанные специалистом при регистрации. Больной должен узнать эти данные и подтвердить либо опровергнуть, клавишей да/нет. Отсутствие ответа квалифицируется как неправильный ответ

Вас зовут?

(Ф.И.О. больного)

да нет

- 2) **Дописывание слогов** максимальная оценка 8 баллов. Время ожидания ответа 2 минуты.

Больному предъявляются слова, в которых пропущены: а) первые слоги; б) последние слоги. Рядом с этими словами написаны слоги. Задача больного восстановить слова. Озвучивается упрощенная инструкция.

- А) *Допишите первые слоги в словах, написанных в зеленых ячейках, щелкая мышкой по слогам в белых ячейках*

Допишите слоги в начале слова

ТОЛОК	ТЕ
ЛЕФОН	ПО
ЛЕСО	КА
БИНЕТ	КО

- б) *Допишите последние слоги в словах, написанных в зеленых ячейках, щелкая мышкой по слогам в белых ячейках*

Допишите слоги в конце слова

ДОРО	ЧА
ЗАДА	ГА
ПОБЕ	НА
МАШИ	ДА

Смена инструкции (переход к следующему заданию) происходит по событию выбора последнего слога, либо по истечении отведенного времени.

Каждое правильно составленное слово оценивается в 1 балл.

3) Составление слов из букв: максимальная оценка 3 балла. Время ожидания ответа 2 минуты.

Больному предъявляются буквы, и предлагается составить из них слово. Озвучивается упрощенная инструкция.

2.а) *Составьте из букв, предъявленных в зеленых ячейках слово*

составьте из букв слово

				<i>(хлеб)</i>
Х	Е	Л	Б	

2.б) *Составьте из букв, предъявленных в зеленых ячейках слово*

составьте из букв слово

				<i>(шуба)</i>
Ш	А	Б	У	

2.в) *Составьте из букв, предъявленных в зеленых ячейках слово*

составьте из букв слово

				<i>(день)</i>
Д	Н	Е	Ь	

Слова в скобках больному экране не предъявляются. От озвучивания каждой инструкции до выбора последней (четвертой) буквы отводится 2 минуты. Экспериментатор фиксирует ответы больного в белых ячейках. Смена инструкции (переход к следующему заданию) происходит по событию выбора последнего слога, либо по истечении отведенного времени.

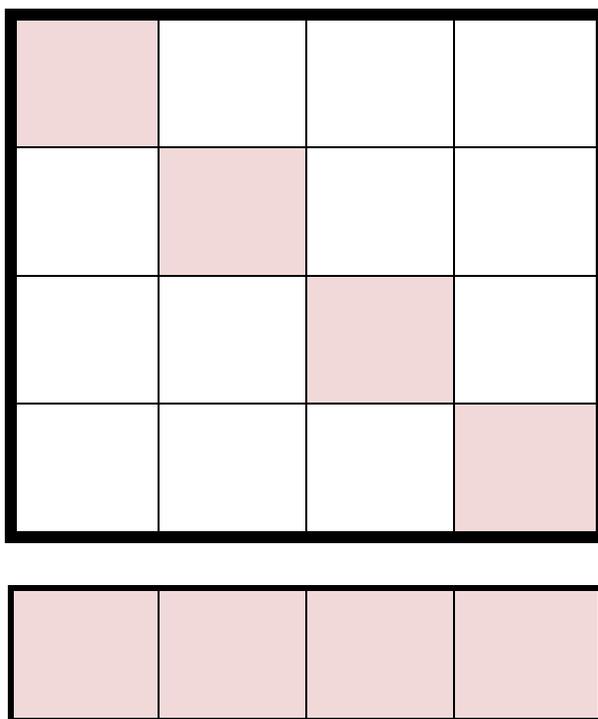
Каждое правильно составленное слово оценивается в 1 балл.

4) Отгадывание кроссворда: максимальная оценка 5 баллов. Время ожидания ответа 5 минут.

Больному поочередно предъявляется кроссворд. Все слова в нем заданы по горизонтали, а одно ключевое слово загадано по диагонали. Ключевое слово определяется после отгадывания всего кроссворда. Дана подробная инструкция. Озвучивается упрощенный вариант инструкции.

3.a) Отгадайте кроссворд. Все слова в кроссворде загаданы по горизонтали. Ключевое слово расположено в розовых квадратах по диагонали.

Все слова в кроссворде написаны по горизонтали, а ключевое слово по диагонали.



Определения слов:

1. Слепой, живет под землей и роет норы (*крот*).
2. Место для прихода и стоянки кораблей (*порт*).
3. Она выпадает на растениях по утрам (*роса*).
4. Верхняя конечность человека, левая или правая (*рука*).

(Ключевое слово – *коса*)

От озвучивания инструкции до заполнения последней ячейки ключевого слова отводится 5 минут. Смена инструкции (завершение обследования) происходит по событию заполнения последней ячейки ключевого слова, либо по истечении отведенного времени выполнения инструкции. Каждое правильно набранное слово, включая ключевое, оценивается в 1 балл.

5) Дезавтоматизированное письмо: максимальная оценка 2 балла.

Время ожидания ответа 3 минуты.

Больному предлагается написать свои фамилию, имя, отчество (правильность заполнения анкетных данных сверяется с анкетными данными, указанными экспериментатором при регистрации больного).

напишите Вашу фамилию, имя, отчество

От озвучивания инструкции до завершения выполнения задания отводится 3 минуты. Переход к следующему заданию происходит по событию завершения заполнения фамилии, имя, отчества больным, либо по истечении отведенного времени выполнения задания.

Написанные больным данные сравниваются с данными, указанными при его регистрации.

Максимальная оценка – 2 балла. Наличие одной ошибки снижает оценку до 1 балла. Две и более ошибки оцениваются 0 баллов.

Обобщение результатов обследования

После проведения скрининг обследования больного у исследователя появляется обобщенный результат - определенное количество баллов. Этот результат позволяет диагностировать наличие у больного какой-либо формы афазии и определить степень ее выраженности. Результаты обследования мы отразили в схематичной таблице (см. табл. 3 стр. 95)

Таблица 3.

ОБОБЩЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ		
Форма речевого нарушения	Степень выраженности	Количество баллов
Мутизм	Подтвержден	4 - 6 балов
	Исключен	0 - 2 балла
Тотальная афазия	Нет	7 - 9 баллов
	Да	0 - 6 баллов
Грубая сенсо-моторная афазия	Нет	10 - 12 баллов
	Да	7 - 9 баллов
Акустико-гностическая афазия	Отсутствует	26 - 28 балла
	Легкая степень	20 - 25 балл
	Средняя степень	16 - 19 баллов
	Грубая степень	0 - 15 баллов
Акустико-мнестическая афазия	Отсутствует	16 - 17 баллов
	Легкая степень	13 - 15 баллов
	Средняя степень	7 - 12 баллов

	Грубая степень	0 - 6 баллов
Семантическая афазия	Отсутствует	16 - 17 баллов
	Легкая степень	14 - 15 баллов
	Средняя степень	8 - 13 баллов
	Грубая степень	0 - 7 баллов
Динамическая афазия	Отсутствует	14 - 15 баллов
	Легкая степень	12 - 13 баллов
	Средняя степень	8 - 11 баллов
	Грубая степень	0 - 7 баллов
Эфферентно-моторная афазия	Отсутствует	11-12 баллов
	Легкая степень	8-10 баллов
	Средняя степень	4 - 7 баллов
	Грубая степень	0 - 3 балла
Афферентно-моторная афазия	Отсутствует	18 - 19 баллов
	Легкая степень	14 - 17 баллов
	Средняя степень	8 – 13 баллов
	Грубая степень	0 - 7 баллов

Заключение

Методика скрининг обследования больных с афазией создана на основе зарекомендовавших себя апробированных методик, использующихся в клиниках [1, 3, 5, 6, 12, 13, 15, 25 и др.]. Однако в предлагаемой диагностической методике задания распределены на независимые модули в соответствии с типом клинической формы афазии. В заключение каждого модуля сформулирован вывод о наличии или отсутствии данной формы афазии у больного. Обследование проводится за один клинический прием и не требует от больного большой психической нагрузки.

Методика скрининг обследования больных с афазией прошла апробацию в неврологическом отделении ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского в течение трех лет (с 2014 г. по 2016 г.) и доказала свою эффективность: обследование проводилось 96 раз, совпадение диагноза наблюдалось в 98% случаев [27, 28, 29]. В ряде случаев произошло расхождение в определении у больного степени выраженности речевого нарушения в предварительном обследовании и в предлагаемом способе. Это было обусловлено наличием у больного вторичных когнитивных нарушений, сопутствующих афазии и искажающих клиническую картину речевых проявлений.

Исследуемой группе больных наряду с первичным обследованием было применено повторное динамическое обследование, которое проводилось после проведенного курса реабилитации. Оно позволило доказать результативность

комплексного лечения (сосудистой терапии и логопедического воздействия).

В целом процесс диагностики каждого больного в среднем занимал не более 15 минут, что позволило ускорить процесс нейрореабилитации.

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕЧЕВОГО БОЛЬНОГО

I. При определении у конкретного больного наличия синдрома афазии, логопед/невролог должен обратить внимание на следующие моменты:

- наличие или отсутствие нарушения мозгового кровообращения по данным объективных исследований (КТ/МРТ), а также локализацию очага поражения;
- нарушения иннервации органов артикуляции (дизартрии);
- нейродинамические нарушения (то есть изменения подвижности психических процессов, проявляющиеся в их повышенной тормозности);
- когнитивные нарушения (в ряде случаев они могут сопутствовать афазии и отягощать ее);
- изменения в органах чувств (сенсорную депривацию, вызванную глухотой, слепотой и т.п.);
- деменцию.

II. При оценке результатов предлагаемого скрининг обследования специалист должен обращать внимание на следующие особенности:

- влияние времени суток и общего соматического состояния больного в текущий момент времени на результативность ответов;
- отсутствие (при афазии) или наличие астении (истощаемости психических функций), как ведущего симптома сосудистой деменции;
- на невозможность продуктивного общения с больным (при афазии), либо сохранность способности общаться, в том числе на невербальном уровне (при мутизме).

Более подробно предварительный план обследования больных мы отразили в схеме (см. схему 1, стр. 101)

ОНМК/ЧМТ/нейроинфекция			
Нарушения речевого общения			
Причина /механизм речевого нарушения/			
↙	↘	↘	↙
<p>1) Изменение тонуса мышц периферического речевого аппарата</p> <p>2) Изменение темпо-ритмической организации речи</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>Распад речевого мышления (афазия)</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>Наличие выраженных когнитивных нарушений</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>Изменение слуха</p> <p style="text-align: center;">↓</p>
<p>См. периферический речевой аппарат, заинтересованность подкорковых отделов либо субдоминантного полушария</p>	<p>При исключении, как выраженных когнитивных нарушений, изменений слуха, так и изменений иннервации органов артикуляции (могут сопутствовать)</p>	<p>Необходима беседа с родственниками для уточнения состояния когнитивных функций до развития нарушения мозгового кровообращения.</p>	<p>Анамнез. Общение затруднено при этом сохранна письменная речь</p>
<p>Изменения только в устной речи:</p> <p>1) изменения тонуса мышц языка, снижение глоточного рефлекса, нарушение фонации, просодики</p> <p>2) тахилалия, брадилалия, полтерн</p>	<p>Системный распад речи: изменение устной речи, письменной речи</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>Никаких изменений в результате нарушения мозгового кровообращения не произошло, со слов родственников «Всегда (уточняем преморбид) и/или последние несколько лет такой и был»</p>	<p>Субъективные жалобы больного, результаты обследования отоларинголога/отоневролога</p>

РАСПАД РЕЧЕВОГО МЫШЛЕНИЯ (АФАЗИЯ)



Не понимает		Понимает		Не понимает, не говорит
Не понимает обращенную речь, «говорит» сам т.е. моторных трудностей нет		Понимает обращенную речь, не говорит сам	Понимает обращенную речь, говорит сам. Первичны трудности выражения своих мыслей	Не понимает обращенную речь и не говорит сам
Нарушение фонематического восприятия	Снижение объема слухо-речевой памяти	Нарушение кинетической моторной программы	Нарушение кинестетической моторной программы	Трудности планирования и программирования речевого высказывания
Семантическая афазия	Распад семантики	Эфферентно-моторная афазия	Афферентно-моторная афазия	Динамическая афазия
Акустико-гностическая (сенсорная) афазия	Акустико-мнестическая афазия	ВСЕГДА первичен 1 механизм: либо моторные трудности/ либо сенсорные трудности		Сенсо-моторная афазия /может быть в степени тотальной/

Литература

1. Ананьева Н.И., Круглов Л.С. и др. Комплексная диагностика сосудистых деменций. Пособие для врачей, - Изд-во Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2007
2. Ахутина Т.В. Порождение речи. Нейролингвистический анализ синтаксиса – Москва, Изд-во ЛКИ, 2008
3. Ахутина Т.В., Цветкова Л.С., Пылаева Н.М. Методика оценки речи при афазии – М. Изд-во МГУ 1981
4. Балашова Е.Ю. Методы нейропсихологической диагностики. Хрестоматия, М. 2009
5. Васеерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. Методы нейропсихологической диагностики – СПб, 1997
6. Визель Т.Г. Нейропсихологическое блиц-обследование – М.: В. Секачев, 2005
7. Гамезо М.В., Домашенко И.А. Атлас по психологии, М. 2001
8. Журавлев А.Л., Позняков В.П. и др. Схема нейропсихологического исследования больных с локальными поражениями мозга <http://www.psychological.ru> «Изучение психологии онлайн»
9. Лурия А.Р. Восстановление функций мозга после военной травмы – М. Акад.мед.наук, 1948
10. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга – М., Академпроект, 2000

11. Мещеряков Б.Г., Зинченко В.П. Большой психологический словарь – СПб: «прайм- ЕВРОЗНАК», 2004
12. Протокол нейропсихологического обследования больных с локальным нарушением мозгового кровообращения* - Москва, кафедра нейропсихологии МГУ;
13. Протокол исследования речи и других высших психических функций* – Москва, Центр патологии речи и нейрореабилитации;
14. Путилина М.В. Когнитивные расстройства при цереброваскулярной патологии – Руководство для врачей, Москва 2011
15. Распространенные шкалы в неврологии – Сборник ООО «НПК ФАРМАСОФТ» 2012
16. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики в патопсихологии, М. 2007
17. Рыбаков Ф.Е. Атлас для экспериментально-психологического исследования личности, СПб, 2008
18. Селивестов В.И. Понятийно-терминологический словарь логопеда – М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 1997 (стр. 59)
19. Симмерницкая Э.Г. Нейропсихологическая методика экспресс-диагностики «Лурия 90» - Москва, Общество «Знание» РСФСР, 1991

* Работа не опубликована, предназначена для внутреннего пользования специалистов в клинике.

20. Симмерницкая Э.Г. Нейропсихологическая методика экспресс-диагностики «Лурия 90» - Москва, Общество «Знание» РСФСР, 1991
21. Справочная информация 2017 года: ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России /схема истории болезни неврологического больного/rsmu/
22. Хомская Е.Д. Нейропсихологическая диагностика. Часть I,II. Альбом – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2004
23. Храковская М. Г. Резервные способы восстановления высших психических функций у больных с афазией – М. Сб. док-дов, фак-та МГУ, 1998
24. Цветкова Л.С. Введение в нейропсихологию и восстановительное обучение – М. Изд-во Московского психолого-социального института, 2005
25. Цветкова Л.С. Восстановление высших психических функций – М.: Академический Проект, 2004
26. Шеин А.П., Худяев А.Т., Лапынина Е.А., Меньщикова И.А., Скрипников А.А. Реферат. Описание к изобретению от 2004 (RU(11)2228136(13)C2 (51)7A61B5/00,A61B5/0476)
27. Шкловский В.М. Карта нейропсихологического исследования больных с нарушениями высших психических функций – М. Отделение патологии речи МНИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1996
28. Щербакова М.М., Котов С.В. Способ диагностики формы и степени тяжести афазии - Вестник восстановительной

- медицины. Материалы VII Международного конгресса «Нейрореабилитация – 2015 г» с. 471-472
29. Щербакова М.М. Методика скрининг обследования больных с афазией – Молодой ученый, №2 (106), Январь, 2016 г. - с. 411-413
 30. Щербакова М.М., Котов С.В. Методика скрининг диагностики больных с афазией – Международный медицинский журнал Consilium modicum, Том 17, №2, Неврология, Ревматология, 2015 г.; 17 (2): 8–11
 31. Щербакова М.М. Методика скрининг - обследования больных с афазией – М., Справочник поликлинического врача, 2015 №2 с. 55-57
 32. Щербакова М.М. Методика скрининг - обследования грубой сенсо-моторной афазии – М., Справочник поликлинического врача, 2015 №3 с. 31-32
 33. Щербакова М.М. Методика скрининг - обследования пациентов с подозрением на мутизм – М., Справочник поликлинического врача, 2015 №4-5 с. 42-43
 34. Яхно Н.Н., Захаров В.В. и др. Деменции, Москва 2011
 35. Benton, Hamsher Multilingual Aphasia Examination, 1989
 36. Brott T., Adams H.P. National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), 1989 (шкала оценки тяжести инсульта)
 37. Goodglass, Kaplan, Barrisi Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE-3), 2000
 38. Holland Communication Abilities in Daily Living (CADL), 1980

39. Kay et al. Psycholinguistic Assessment of Language Processing in Aphasia (PALPA), 1992
40. Keenan, Brassele Aphasia Language Performance Scales (ALPS), 1975
41. Kertesz Western Aphasia Battery, 1979, 1982
42. Porch Porch Index of Communicative Ability (PICA), 1983
43. Sarno Functional Communication Profile (FCP), 1969
44. Schuell Minnesota Test of Differential Diagnosis of Aphasia, 1973
45. Spreen, Strauss Neurosensory Center Comprehensive Examination for Aphasia (NCCEA), 1991

Вопросы для самоконтроля

1. При динамической афазии у больных нарушается:

- а) построение кинестетической моторной программы
- б) фонематическое восприятие либо слухо-речевая память
- в) построение кинетической моторной программы
- г) построение внутриречевой схемы и грамматическое структурирование

2. При эфферентно-моторной афазии у больных нарушается:

- а) построение кинестетической моторной программы
- б) фонематическое восприятие либо слухо-речевая память
- в) построение кинетической моторной программы
- г) построение внутриречевой схемы и грамматическое структурирование

3. При афферентно-моторной афазии у больных нарушается:

- а) построение кинестетической моторной программы
- б) фонематическое восприятие либо слухо-речевая память
- в) построение кинетической моторной программы
- г) построение внутриречевой схемы и грамматическое структурирование

4. При акустико-гностической афазии у больных нарушается:

- а) выбор звуков по акустическим признакам и слов по форме
- б) выбор слов по категориальному значению
- в) выбор слов по акустическим признакам и предметная отнесенность слова

г) выбор правильного артикуляционного положения при произнесении

5. При акустико-мнестической афазии у больных нарушается:

а) выбор звуков по акустическим признакам и слов по форме

б) выбор слов по категориальному значению

в) выбор слов по акустическим признакам и предметная отнесенность слова

г) выбор правильного артикуляционного положения при произнесении

6. При семантической афазии у больных нарушается:

а) выбор звуков по акустическим признакам и слов по форме

б) выбор слов по категориальному значению

в) выбор слов по акустическим признакам и предметная отнесенность слова

г) выбор правильного артикуляционного положения при произнесении

7. Диагностика синдрома афазии включает:

а) исследование понимания обращенной речи и процесса говорения

б) исследование как устной, так и письменной речи;

в) обследование речевых высших психических функций и неречевых высших психических функций, входящих в структуру дефекта

г) обследование памяти, ориентировки во времени, праксиса и когнитивных функций

8. При мутизме, в отличие от афазии, больной:

- а) сохраняет способность понимать и говорить, у него присутствуют невербальные формы общения и апатия
- б) быстро истощается и часто плачет;
- в) предпочитает общаться письменно;
- г) отвечает только устные вопросы

9. При когнитивных нарушениях, в отличие от афазии, речевое нарушение:

- а) обусловлено локальным нарушением мозгового кровообращения
- б) носит специфический характер и тесно связано с зоной локализации очага поражения
- в) развивается остро и грубо выражено
- г) развивается постепенно и сочетается с нарушениями функционирования неречевых высших психических функций

10. Обследование больных с афазией начинается с выявления:

- а) специфики формы речевого нарушения
- б) грубой степени тяжести
- в) невербальных форм общения
- г) изменений форм поведения

11. После исключения грубой степени тяжести и мутизма, при обследовании больного с афазией специалист должен определить:

- а) специфику формы речевого нарушения
- б) состояние когнитивных функций
- в) преморбид больного
- г) состояние мнестической функции

12. При постановке диагноза «афазия», специалист должен помнить, что:

- а) афазия всегда протекает изолированно
- б) афазии могут сопутствовать другие нарушения (как когнитивных функций, так и изменения в иннервации периферического речевого аппарата)
- в) степень выраженности афазии зависит от времени суток и общего соматического состояния больного на текущий момент времени
- г) при афазии больной сохраняет способность говорить и понимать, при этом у него не возникает никаких попыток к общению.

ОТВЕТЫ

1	2	3	4	5
г)	в)	а)	а)	в)
6	7	8	9	10
б)	в)	а)	г)	б)
11	12			
а)	б)			

Список сокращений:

ВПФ – высшие психические функции;

ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения;

ЧМТ – черепно-мозговая травма;

КТ – компьютерная томография;

МРТ – магнитно-резонансная томография

Методика скрининг обследования больных с афазией

Учебно-методическое пособие

Редактор _____

Подписано в печать

г. Тираж экз. Заказ