

Государственное бюджетное учреждение
«Кетовская центральная районная больница»

ПРИНЯТА

Методическим советом
ГБУ «Кетовская ЦРБ»
_____ Киселева О.А.
Протокол № ____
от « ____ » _____ 2016 г.

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач
ГБУ «Кетовская ЦРБ»
_____ Легров А.Н.
Приказ № ____
от «17» марта 2016 г.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА**

(специализированного коррекционно-восстановительного обучения лиц, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в условиях стационара)

«Восстановительное обучение лиц с речевыми нарушениями, перенесших ОНМК, в ранний и поздний реабилитационный период»

**для лиц с ограниченными возможностями здоровья
срок реализации программы 10 занятий**

**Авторы-
составители:**

Половинкина Н.А., Смирнова А.Л.,
логопеды первой квалификационной
категории Центра медицинской
реабилитации

с. Кетово, 2016 г.

Половинкина, Н.А., Смирнова А.Л. Восстановительное обучение лиц с речевыми нарушениями, перенесших ОНМК, в ранний и поздний реабилитационный период: дополнительная общеобразовательная программа (специализированного коррекционно-восстановительного обучения лиц, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в условиях стационара) / Н.А. Половинкина, А.Л. Смирнова. – Кетово: ГБУ «Кетовская центральная районная больница», 2016.- 26 с.

Авторы-составители: *Половинкина Н.А.* – логопед первой квалификационной категории ГБУ «Кетовская ЦРБ»
Смирнова А.Л. - логопед первой квалификационной категории ГБУ «Кетовская ЦРБ»

Рецензент

Рецензент: Кармацких Т.Н.

Рассмотрен на методическом совете ГБУ «Кетовская ЦРБ»
Протокол № _____ от « » _____ 2016 г.
Руководитель МС _____

СОДЕРЖАНИЕ

ПАСПОРТ ПРОГРАММЫ	4
1. КОМПЛЕКС ОСНОВНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПРОГРАММЫ	5
1.1 Пояснительная записка.....	5
1.2 Цель и задачи программы.....	6
1.3 Планируемые результаты.....	6
1.4. Комплексно-тематический план	7
1.5 Содержание программы	11
2. КОМПЛЕКС ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ	13
2.1 Условия реализации программы.....	13
2.2 Формы аттестации/контроля	14
2.3 Оценочные и методические материалы	15
2.4. Список литературы и источников.....	17
Приложение.....	18

ПАСПОРТ ПРОГРАММЫ

Наименование программы	Восстановительное обучение лиц с речевыми нарушениями, перенесших ОНМК, в ранний и поздний реабилитационный период
Тип программы	Дополнительная общеобразовательная программа специализированного коррекционно-восстановительного обучения лиц перенесших ОНМК в условиях стационара
Вид программы	Адаптированная, для лиц с ограниченными возможностями здоровья
Срок обучения	10 занятий
Форма обучения	Индивидуальные и подгрупповые занятия, консультативно-диагностический приём
Категория обучающихся	Лица перенесшие ОНМК
Цель программы	Преодоление речевых нарушений у лиц перенесших ОНМК в условиях стационара (центра медицинской реабилитации)
Программа разработана на основе авторских методик по преодолению речевых нарушений	<ul style="list-style-type: none"> - «Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга» Цветкова Л.С.; - Афазиология: современные проблемы и пути их решения» Цветкова Л.С.; - «Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления» Шохор-Троцкая М.К.; - «Коррекция сложных речевых расстройств» методика Бурлакова М.К. Методика направлена на преодоление сложных речевых расстройств при утрате речи у больных с афазией, то есть «для тех, кто перенёс в том или ином возрасте инсульт или травму головного мозга. - методика Андроновой (Арутюнян) Л.З. «Нормализация речи заикающихся на основе синхронизации речи с движениями пальцев ведущей руки». - «Как вернуть речь» Визель Т.Г.
Форма итоговой (промежуточной) аттестации	Запись результатов коррекционно - восстановительного обучения в истории болезни
Оценка результативности программы	Критерии результатов коррекционно - восстановительного обучения с занесением в историю болезни: улучшение, незначительное улучшение, без изменений.

1. КОМПЛЕКС ОСНОВНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПРОГРАММЫ

1.1 Пояснительная записка

Количество лиц, перенесших инсульт, увеличивается с каждым годом. Часто такие люди нуждаются в коррекции речевых функций и обращаются за помощью в различные медицинские организации, где есть логопеды. Людям с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК), необходим особый индивидуальный подход, включающий в себя преодоление речевых нарушений, коррекцию коммуникативных навыков. Родственники данных пациентов также нуждаются в квалифицированной логопедической консультации.

Перечисленные выше обстоятельства явились основанием для разработки данной адаптированной дополнительной общеобразовательной программы (специализированного коррекционно-восстановительного обучения лиц перенесших ОНМК в условиях стационара).

Программа составлена в соответствии с Федеральным законом № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г., Приказом Министерства образования и науки РФ № 1008 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным общеобразовательным программам» от 29 августа 2013 г. для лиц с ограниченными возможностями здоровья, инвалидов организации, осуществляющие образовательную деятельность, а так же с учетом Приказа Министерства Здравоохранения РФ от 28 декабря 1998г. № 383 «О специализированной помощи больным при нарушениях речи и других высших психических функций».

В Кетовской центральной районной больнице созданы условия, включающие в себя систему специализированной помощи в медицинских организациях лицам, перенесшим инсульт (с речевыми нарушениями), использование специальной образовательной программы, методов обучения, учебных пособий и дидактических материалов, специальных технических средств восстановления, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий с лицами, имеющими ограниченные возможности здоровья и инвалидами. С учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких учащихся разрабатываются индивидуальные программы реабилитации инвалидов.

Актуальность программы заключается в специализированной логопедической помощи лицам перенесшим инсульт. Реализация данной программы поможет пациентам исправить нарушение речи, восстановит утраченные навыки, успешно адаптироваться к социальной среде.

Педагогическая целесообразность программы заключается в том, что при реализации содержания программы, обеспечивается достижение поставленных логопедом целей и задач по преодолению речевых нарушений у лиц, перенесших инсульт с конкретным логопедическим диагнозом (Приложение 1).

Содержание адаптированной образовательной программы разработано с

учетом клинического диагноза, психологического статуса, индивидуальных особенностей пациента и направлено на формирование у лиц, перенесших ОНМК мотивации к восстановлению утраченных навыков, коррекцию коммуникативных навыков, коррекцию речевых нарушений.

Специфика программы в том, что она учитывает клиническую и педагогическую классификацию речевых нарушений и осуществляется с использованием медицинских экономических стандартов посещений. Также в программе уделяется внимание наличию нескольких дефектов у пациентов и индивидуальным особенностям лиц, перенесшим ОНМК.

Программа предполагает коррекционно-восстановительную работу с лицами перенесших ОНМК, обратившимися к логопеду в медицинские организации и рассчитана на различное количество занятий в зависимости от длительности пребывания пациента в стационаре. За один курс восстановления в условиях центра медицинской реабилитации обычно это 10 занятий. Длительность логопедических занятий зависит от индивидуальных особенностей, сложности дефекта, физических возможностей пациента.

Для взрослых пациентов при индивидуальной работе с больными, имеющими тяжелые расстройства (афазии, дизартрии, логоневрозы и др.) – 1,5 посещений в час. При проведении групповых логопедических занятий с больными с афазией, дизартрией, дисфонией и др. 6 – 8 посещений в 1 час, с больными, страдающими логоневрозом (заиканием и др.) 8 – 10 посещений в 1,5 часа (см. Приказ № 383). Срок обучения вне стационара по индивидуальной программе может быть продлен.

Ориентировочные сроки преодоления речевых нарушений:

- лёгкая степень речевого расстройства – до 6 месяцев до 1 года;
- средняя степень речевого нарушения – от 1 года до 3 лет;
- тяжёлая степень – от 2 до 5 лет.

Логопед ведёт приём в соответствии с графиком работы, согласно действующим штатным нормам педагогических работников в учреждениях здравоохранения.

1.2 Цель и задачи программы

Цель программы: преодоление речевых нарушений у лиц перенесших ОНМК в условиях стационара (центра медицинской реабилитации)

Задачи программы:

- осуществлять специализированную логопедическую помощь лицам, перенесшим ОНМК, с учетом особенностей их психофизического развития и индивидуальных возможностей;
- корректировать у пациентов коммуникативные умения и навыки;
- оказывать консультативную и методическую помощь родственникам пациентов, перенесших инсульт.

1.3 Планируемые результаты

В результате реализации программы коррекционной работы у пациентов с речевым нарушением будут восполнены пробелы:

- в развитии звуковой стороны речи;
- в развитии лексики и грамматического строя речи;
- в развитии фонематического слуха, структуре слова и предложения;
- в нормализации темпа речи, голоса.

Результаты логопедического обследования отмечаются в истории болезни пациента. Логопедом ведутся журналы: первичного приёма, журнал посещаемости.

По окончании курса специализированного коррекционно-восстановительного обучения определяется степень результативности: выздоровление, с улучшением, с незначительным улучшением, без изменений.

1.4 Комплексно-тематический план

Комплексно-тематический план коррекционно-восстановительного обучения включает в себя этапы логопедической работы соответственно клинико-педагогическим заключениям и установление количества часов на курс логопедических занятий.

Занятия проводятся по следующей схеме:

- 1) организационный момент: создание эмоционального настроя, обеспечивающий успешность коррекционной деятельности;
- 2) подготовительный этап;
- 3) коррекционная работа по преодолению речевого нарушения;
- 4) итог занятия, домашнее задание.

При выставлении сочетанного диагноза (педагогического заключения и клинического диагноза) система логопедического воздействия имеет комплексный характер и ведётся по направлениям коррекционной работы всех нарушений речи у конкретного пациента.

Комплексно-тематический план на один курс логопедических занятий

№ п/п	<i>Наименование этапов логопедической работы на занятии</i>	<i>Кол-во занятий</i>
1. Афазия		
1. Афферентная		
1.1.1	Предварительная стадия: - анализ речевого дефекта; - растормаживание произносительной стороны речи.	1
1.1.2	Первая стадия: - восстановление произнесения слова путем слуховой и смысловой стимуляции слова.	1
1.1.3	Вторая стадия: - восстановление активного словарного запаса на фоне восстановленного пассивного словарного запаса и растормаживания рядовой речи.	3
1.1.4	Третья стадия: - звукоартикуляторный анализ составных элементов слова (слог, звук).	1
1.1.5	Четвертая стадия: - восстановление кинестетических форм артикуляции (звукопроизношение)	2

1.1.6	Пятая стадия: - восстановление связной речи.	2
	Итого:	10
1.Эфферентная		
1.2.1	Предварительная стадия: - анализ речевого дефекта; - общее растормаживание речевого механизма.	1
1.2.2	Первая стадия: - восстановление активного произнесения отдельных слов.	3
1.2.3	Вторая стадия: - преодоление экспрессивного аграмматизма.	3
1.2.4	Третья стадия: - восстановление связной речи.	3
	Итого:	10
3.Динамическая		
1.3.1	Предварительный этап: - растормаживание речи.	2
1.3.2	Первая стадия: - восстановление активного высказывания.	4
1.3.3	Вторая стадия: - восстановление связной речи.	4
	Итого:	10
4.Семантическая		
1.4.1	Предварительный этап: - анализ речевого дефекта.	1
1.4.2	Первый этап: - преодоление пространственной апрактогнозии.	2
1.4.3	Второй этап: - восстановление способности понимания логико-грамматических ситуаций.	4
1.4.4	Третий этап: - работа над развернутым высказыванием.	3
	Итого:	10
5.Акустико-мнестическая		
1.5.1	Предварительный этап: - анализ речевого дефекта.	1
1.5.2	Первый этап: - расширение рамок слухового восприятия.	1
1.5.3	Второй этап: - преодоление слабости слухоречевых следов.	3
1.5.4.	Третий этап: - преодоление трудностей называния.	3
1.5.5	Четвертый этап: -организация развернутого высказывания.	2
	Итого:	10
6.Сенсорная афазия		
1.6.1	Предварительный этап: - анализ речевого дефекта; -растормаживание произносительной стороны речи.	1
1.6.2.	Первый этап: - стимулирование понимания ситуативной фразовой речи.	2

1.6.3	Второй этап: - восстановление фонематического слуха.	2
1.6.4	Третий этап: - восстановление понимания значения слова; -восстановление смысловой структуры слова.	2
1.6.5	Четвертый этап: - восстановление понимания развернутой речи; - коррекция устной речи	3
	Итого:	10
2.Дизартрия		
1.Бульбарная		
2.1.1	Подготовительный этап: - подготовка артикуляционного аппарата к формированию артикуляционных укладов: - нормализация мышечного тонуса, - нормализация моторики артикуляционного аппарата, - нормализация речевого выдоха, выработка плавного, длительного выдоха, - нормализация голоса, - нормализация просодики, - нормализация мелкой моторики рук	1
2.1.2	Первый этап: выработка новых произносительных умений и навыков. - выработка основных артикуляционных укладов, - определение последовательности работы над звуками. - развитие фонематического слуха, - постановка звука, - автоматизация, - дифференциация (дифференциация на слух; дифференциация артикуляции изолированных звуков; произносительная дифференциация на уровне слогов, слов).	3
2.1.3	Второй этап: выработка коммуникативных умений и навыков. - выработка самоконтроля за произношением; - тренировка правильных речевых навыков в различных речевых ситуациях;	2
2.1.4	Третий этап: преодоление или предупреждение вторичных нарушений.	2
2.1.5	Четвертый этап: развитие лексико – грамматической стороны речи - формирование графомоторных навыков, - развитие связной речи, - развитие познавательной деятельности и расширение кругозора ребенка.	2
	Итого:	10
2. Мозжечковая		
2.2.1	Подготовительный этап: - Изометрическая гимнастика и массаж - Мимико-артикуляционная гимнастика (с бинтами, с сопротивлением)	1
2.2.2	Первый этап: - выработка синхронности в работе голоса, дыхания, артикуляции (логоритмика, пение)	2
2.2.3	Второй этап: работа над речью	

	<ul style="list-style-type: none"> - темп речи - ритмические и динамические ударения - эмоциональная выразительность - стимуляция работы мягкого неба 	3
2.2.4	Третий этап: отработка статистических поз, удержание артикуляционных укладов	1
2.2.5	Четвертый этап: работа по фонематическому восприятию звуков	1
2.2.6	Пятый этап: коррекция звуков	1
2.2.7	Шестой этап: работа над лексико-грамматической стороной речи	1
	Итого:	10
3. Экстрапирамидальная		
2.3.1	Предварительный этап: расслабление (тепловой массаж, изотоническая гимнастика)	1
2.3.2	<p>Первый этап: отработка пропрецептивных ощущений и пространственно-временной организации двигательного акта (выполнение упражнений с открытыми и закрытыми глазами при ведущем пропрецептивном контроле)</p> <ul style="list-style-type: none"> - воспроизведение амплитуды - направление движения - переключение с одного действия на другое в определенной временной последовательности (пассивно-активная гимнастика по Панченко) - удержание артикуляционной позы на счёт; 	5
2.3.3	<p>Второй этап: работа над просодической стороной речи</p> <ul style="list-style-type: none"> - мелодия - темп - выработка произвольной возможности говорить медленно или быстро - модуляция речи (интонирование), эмоциональность 	4
	Итого:	10
4. Псевдодульбарная		
2.4.1	<p>Подготовительный этап:</p> <ul style="list-style-type: none"> - нормализация мышечного тонуса; - подготовка артикуляционного аппарата к постановке звуков; 	1
2.4.2	<p>Первый этап:</p> <ul style="list-style-type: none"> - работа по дыхательным сеткам, по стечению звукового ряда; - отработка произвольного ритма дыхания (под счет, под метроном) 	2
2.4.3	<p>Второй этап: коррекция звуков:</p> <ul style="list-style-type: none"> - постановка - автоматизация - введение 	1
2.4.4	Третий этап: развитие фонематического восприятия на материале отрабатываемого звука	2
4.4.5	Четвертый этап: развитие лексико-грамматической стороны речи	2
2.4.6	Пятый этап: развитие временных и пространственных представлений	2
	Итого:	10
5. Корковая		
2.5.1	Предварительный этап: подготовка артикуляционного аппарата к формированию артикуляционных укладов.	2

2.5.2	Первый этап: развитие сенсорных функций: - слухового восприятия; - звукового анализа; - восприятие и воспроизведение ритма.	4
2.5.3	Второй этап: формирование первичных коммуникативных произносительных навыков: - коррекция артикуляционных нарушений; - развитие речевого общения и звукового анализа.	4
	Итого:	10
3. Логоневроз		
3.1	Подготовительный этап	1
3.2	Этап формирования диафрагмального дыхания	3
3.3	Этап перестройки речевых навыков	3
3.4	Этап закрепления навыков самостоятельной речи	3
	Итого:	10
4. Дисфония		
4.1	Подготовительный этап	1
4.2	Этап подготовки физиологического и фонационного дыхания	2
4.3	Этап формирования нового механизма голосообразования	5
4.4	Этап закрепления навыков голосообразования и голосоведения	2
	Итого:	10

1.5 Содержание программы

Раздел 1. Дизартрия

1.1. Подготовительный этап

Подготовка артикуляционного аппарата к формированию артикуляционных укладов. Воспитание потребности в речевом общении, развитие и уточнение пассивного словаря, коррекция дыхания и голоса, развитие слухового восприятия и звукового анализа, восприятия и воспроизведение ритма.

1.2. Этап формирования первичных коммуникативных произносительных навыков

Развитие речевого общения. Расслабление мышц речевого аппарата: нижней челюсти, губ, языка, задней стенки глотки. Общее мышечное расслабление. Коррекция речевого дыхания, развитие силы голоса и ощущений артикуляционных движений. Коррекция звукопроизношения.

1.3. Этап автоматизации и дифференциации звуков

Установление межанализаторных связей между движением артикуляционных мышц и восприятием звука на слух. Звуки закрепляются изолированно, в слогах, словах и предложениях. Работа над выразительностью речи, фонематическим восприятием.

Раздел 2. Афазия

2.1. Этап пассивного участия больного

Растормаживание речевых функций и предупреждение аграмматизмов на раннем этапе восстановления. Установление контакта с больным, объяснение заболевания, концентрация внимания.

2.2. Этап восстановления фонематического слуха, слухоречевой памяти

Использование сохранной оптической, кинестетической, смысловой дифференциации слов, близких по звучанию. Восстановление словесных понятий, дифференциация слов.

2.3. Этап преодоления импрессивного аграмматизма

Осуществляется путём обсуждения различных признаков предметов и действий по их смежности и контрастности, по функции, по категориальному признаку. Предлагается схема предложения. Работа по смысловой отнесённости слова через различные фразеологические контексты.

2.4. Этап восстановления экспрессивной речи

Больному даются средства, которыми он может пользоваться для восстановления речи. Для запоминания даются слова, обозначающие предметы, затем действия и качества предметов, числа. Составление фраз с опорой на картинку и без неё. Конструирование предметов из элементов, называние их, нахождение ошибок. При затруднении нахождения названия нужного слова – послоговое прослушивание и повторение за логопедом.

2.5. Этап восстановления письма и чтения

Ведётся сначала восстановление чтения, опираясь на звуко-буквенный анализ состава слова. Написание фразы по сюжетным картинкам, вставки пропущенных слов в тексте.

Раздел 3. Логоневроз

3.1. Подготовительный этап

Использование игр и упражнений, которые помогают расслабить мышцы рук, предплечья, шеи, ног, лица. Устранение психогенных нарушений, формирование умений владеть собой и своей речью.

3.2. Этап формирования диафрагмального дыхания

Этап молчания эффективен при свежей форме заиканий. Для развития правильного диафрагмального дыхания используются специальные дыхательные гимнастики, дыхательные упражнения на длительный ротовой выдох. Упражнения на релаксацию, психотерапия. Щадящий режим.

3.3. Этап перестройки речевых навыков

Развитие общей и речевой моторики, нормализация темпа и ритма дыхания и речи, диафрагмальное дыхание, произнесение гласных звуков, слогов, слов, фраз на выдохе. Использование метода руки и речи, логоритмики. Активизация речевого общения.

3.4. Этап закрепления навыков самостоятельной речи

Двигательные, музыкально-речевые, ритмические, двигательноречевые упражнения и игры нормализуют просодическую, двигательную сферу заикающегося, что помогает ему в коммуникативной сфере и помогает перестроить отношение к общению, к своему речевому нарушению.

Раздел 4. Афония

4.1. Подготовительный этап

Предупреждение фиксации навыка патологического голосообразования и появления невротических реакций. Установление контакта с больным.

4.2. Этап подготовки физиологического и фонационного дыхания

Активизация двигательной функции гортани. Дутьё, дыхательные упражнения для направленности удлинённого выдоха, установление диафрагмального типа дыхания.

4.3. Этап формирования нового механизма голосообразования

Коррекция голоса со звука «М»: изолированно, в слогах. Затем сочетание и произнесение гласных звуков, вокальные упражнения.

4.4. Этап закрепления навыков голосообразования и голосообразования.

Произнесение слов, коротких фраз, достижение плавности и внятности речи. Произнесение скороговорок, коротких стихотворений, пение.

Программа считается усвоенной в том случае, если пациенты достигают максимально возможного восстановления речевых нарушений.

2. КОМПЛЕКС ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ

2.1 Условия реализации программы

Формы и средства организации образовательной деятельности логопеда медицинской организации

Данная программа разработана для реализации в условиях логопедического кабинета медицинских организаций. Логопедическая работа в центре медицинской реабилитации предусматривает один первичный приём (консультативно-диагностический) и до 10 логопедических занятий за время нахождения пациента в стационаре. Количество пациентов, набранных на курс коррекционно-восстановительного обучения, зависит от нагрузки на одного пациента (Приказ №383). Основная работа логопеда в медицинской организации заключается в проведении индивидуальных и подгрупповых занятий, которые проводятся в зависимости от возможности посещения занятий пациентом.

В основе программы заложены следующие **принципы** восстановительного обучения:

- использование сохранных анализаторов в качестве опоры при обучении;
- использование остаточных возможностей наиболее упроченных форм деятельности;
- восстановление функций не в пассивной, а в активной, саморегулирующей форме;
- принцип программирования;
- принцип обратной связи;
- принцип комплексного воздействия.

Оптимальная организация коррекционно-восстановительного обучения предусматривает комплексное воздействие на преодоление дефектов речи:

консультации и медикаментозное лечение специалистами медицинских организаций, физиотерапевтическое лечение, выполнение рекомендаций логопеда. В зависимости от диагноза дефекта речи, после проведения курса логопедических занятий у пациента восстанавливаются речевые навыки и умения применяются следующие формы:

- консультативно-диагностический прием пациентов и родственников лиц, перенесшим ОНМК;
- подгрупповое занятие;
- индивидуальное занятие.

Диагностический первичный прием проводится по мере обращения пациента или родственников лиц, перенесших ОНМК.

Подгрупповая форма занятий предполагает коррекцию группы лиц, перенесших инсульт, имеющих однородные речевые нарушения.

Индивидуальные занятия проводятся логопедом с пациентом лично.

Форма занятий

- индивидуальные занятия;
- подгрупповые занятия.

Методы восстановительного обучения

- словесные: изложение материала, беседы, инструкции, анализ выполненных работ;
- наглядные: иллюстрации, предметные и сюжетные картинки, инструкционные карты, таблицы, схемы;
- практические: упражнения, работа по образцу;
- репродуктивные методы (при этом методе обучающиеся воспроизводят полученные знания в речевой деятельности);
- по подражанию, метод отражённой речи, метод сопряжённой речи, метод самостоятельного высказывания.

Материально-техническое обеспечение:

- зеркала ручное, настенное; наборы настольных игр;
- набор мелких игрушек;
- набор кубиков и мячей;
- набор развивающих игр;
- набор предметных картинок;
- набор предметов для развития речевого аппарата;
- набор цифр и букв;
- набор пазлов предметные, сюжетные кубики в картинках;
- муляжи (фрукты и овощи) и др.

2.2 Формы аттестации/контроля

В связи с особенностями лиц, данной категории, каждое задание оценивалось только качественно, количественная оценка не дается. Обследование проводилось индивидуально.

Степень результативности:

- выздоровление;
- с улучшением;
- с незначительным улучшением;
- без изменений.

Результаты логопедического обследования отмечаются в истории болезни пациента.

2.3 Оценочные и методические материалы

Для правильной диагностики речевых нарушений логопеду медицинской организации необходимо опираться на анамнез пациента.

Методика исследования

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

Методика включала в себя следующие задания:

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

- а) полноты собственной речи больного;
- б) понимания им ситуативной, обиходной речи;
- в) степени речевой активности;
- г) темпа речи, ее общих ритмико-мелодических характеристик, степени разборчивости.

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

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

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

в) короткие сюжетные тексты;

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

3. Исследование автоматической речи:

- а) прямой счет до 10 и обратный (от 10 до 0);
- б) перечисление дней недели, месяцев;
- в) окончание пословиц и фраз с «жестким» контекстом типа «Я мою руки холодной...», со «свободным» типа: «Мне принесли новую...» и т. д.;
- г) пение песен со словами.

4. Исследование повторной речи:

а) повторение звуков, слогов, слов, различных по звуковой структуре (например, «каша», «кабинет», «катастрофа»), фраз (например, «Мальчик

рисует самолет», «В магазин привезли продукты») и скороговорок («Сыворотка из-под простокваши»).

5. Исследование функции названия:

а) реальных предметов и их картинных изображений;

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

в) цветов;

г) пальцев;

д) букв;

е) цифр.

6. Специальные исследования особенностей фразовой речи:

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

б) конструирование фраз из заданных слов;

в) заполнение пропусков во фразах, например:

«Высоко в небе летит реактивный...»; «Я всегда умываюсь холодной...»;

«В магазин привезли...»; «Я всегда с нетерпением жду...».

г) рассказ по сюжетной картинке.

7. Исследование фонематического слуха:

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

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

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

8. Исследование слухо - речевой памяти. Предлагается повторить:

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

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

в) короткие и длинные сложно - построенные фразы.

9. Исследование смысла слов:

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

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

10. Исследование чтения и письма:

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

б) самостоятельное письмо слов и фраз по картинкам;

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

11. Исследование орального и пространственного праксиса. Предъявляются задания:

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

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

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

В своей работе по коррекционно - восстановительному обучению лиц перенесших ОНМК, логопеду медицинской организации рекомендуется опираться на следующие методики по преодолению речевых нарушений.

- «Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга» Цветкова Л.С.;

- «Афазиология: современные проблемы и пути их решения» Цветкова Л.С.;

- «Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления» Шохор-Троцкая М.К.;

- «Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии» Шкловский В.М., Визель Т.Г.;

- «Коррекция сложных речевых расстройств» методика Бурлакова М.К. Методика направлена на преодоление сложных речевых расстройств при утрате речи у больных с афазией, то есть «для тех, кто перенёс в том или ином возрасте инсульт или травму головного мозга».

- методика Андроновой (Арутюнян) Л.З. «Нормализация речи заикающихся на основе синхронизации речи с движениями пальцев ведущей руки».

- «Как вернуть речь» Визель Т.Г.

2.4. Используемая литература и источники

1. Визель, Т.В. Основы нейропсихологии / Т.В.Визель. - Москва, 2006 г.
2. Визель, Т.В., Секачев, В.И. Как вернуть речь. / Т.В.Визель, В.И. Секачев. М.: ТЦ Сфера, 2005г.
3. Визель, Т.Г. Нейролингвистический анализ атипичных форм афазии: Системный интегративный подход / Т.В.Визель - [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://dissercat.com>
4. Волкова, Л.С. Логопедия /Л.С.Волкова.- Москва, 2002 г.
5. Коган, В.М. Восстановление речи при афазии. / В.М.Коган.- [Электронный ресурс] / Режим доступа: (<http://childpsy.ru>)
6. Кошелева, Н.В.. Восстановление речевой и неречевых высших

психических функций у больных с афазией в процессе предметно-практической и бытовой деятельности / Н.В.Кошелева - [Электронный ресурс] / Режим доступа: (<http://dissercat.com>)

7. Логопедическая диагностика и реабилитация пациентов с повреждением головного мозга в остром периоде . [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://rehabrus.ru>

8. Логопедическая работа по преодолению афазии у больных при остром нарушении мозгового кровообращения - [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://diplomba.ru>

9. Логопсихология - [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://studfiles.ru>

10. Опель, В.В.. Восстановление речи после инсульта / В.В.Оппель. - [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://studfiles.ru>

11. Разработка и применение системы методов оценки нарушения и восстановления речи при афазии.- [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://childpsy.ru>

12. Руденко, В.И.. Логопедия. Практическое пособие для логопедов, студентов и родителей / В.И.Руденко. Ростов-на-Дону. Феникс 2004 г.

13. Система организации восстановительного обучения [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://logoped.ru>

14. Системные нарушения речи. Алалия. Афазия. Методическое наследие. Том 3. Москва. 2003 г.

15. Стрельникова, А.Н.. Дыхательные упражнения /А.Н. Стрельникова. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://fizrazvitie.ru>

16. Шохор-Троцкая, М.К. Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления / М.К.Шохор-Троцкая [Электронный ресурс] / Режим доступа: (<http://pedlib.ru/Books/>)

17. Шохор-Троцкая, М.К. Преодоление артикуляционных нарушений у больных с афферентной моторной афазией. Актуальные проблемы логопедии / М.К.Шохор-Троцкая. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://pedlib.ru/Books/>

Упражнения для восстановления речи после инсульта при афазии. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://logoped.ru>

Приложение 1

ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕФЕКТОВ РЕЧИ ЛИЦ ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Структура дефектов у пациентов, обратившихся к логопеду в медицинской организации неоднородна. На коррекционно-восстановительные занятия зачисляются пациенты со следующими речевыми диагнозами:
педагогическое заключение:

- 1) фонетическое нарушение речи (дефекты произношения),
- 2) фонетико-фонематическое нарушение речи,

- 3) общее нарушение речи;
- 4) лексико-грамматическое нарушение речи;
- 5) нарушение темпо-ритмической стороны речи.

клинический диагноз: дизартрия, логоневроз, афазия, дисфония. Названные классификации при различии в типологии и группировке видов речевых нарушений дополняют друг друга, так как они ориентированы на решение разных задач единого, многоаспектного процесса логопедического воздействия и выставляются логопедом в истории болезни пациента.

Характеристика речи пациентов с фонетическим нарушением речи

Дефекты произношения отдельных звуков (искажение, замена, отсутствие звука) без других сопутствующих проявлений.

Характеристика речи пациентов с фонетико-фонематическим нарушением Фонетико-фонематическое нарушение речи (ФФНР) – это нарушение процесса формирования произносительной системы родного языка с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем. В речи пациента с ФФНР отмечаются трудности процесса формирования звуков, отличающихся тонкими артикуляционными или акустическими признаками. Определяющим признаком является пониженная способность к анализу и синтезу звуко-слогового состава слова. Следует подчеркнуть, что ведущим дефектом при ФФНР является несформированность процессов восприятия звуков речи. Незавершённость формирования звуко-слоговой структуры, смешение звуков, низкий уровень дифференцированного восприятия фонем являются важным показателем того, что процесс фонемообразования у пациентов нарушен.

Характеристика речи пациентов с ОНР

Общее нарушение речи (ОНР) — различные сложные речевые расстройства, при которых нарушается формирование всех компонентов речевой системы, то есть звуковой стороны и смысловой стороны при нормальном слухе и интеллекте.

Характеристика речи пациентов с лексико-грамматическим нарушением речи

Лексико-грамматическое нарушение речи – при нормальном звукопроизношении, относительно сохранены фонематические процессы, но отмечается ограниченный словарный запас и нарушение грамматического строя речи.

Характеристика речи пациентов с нарушением темпо-ритмической стороны речи. Темпо – ритмическое нарушение речи – расстройства, которые связаны с нарушением плавности речи.

Клинические диагнозы и шифр по МКБ-10:

R47.1 (дизартрия и анартрия) Дизартрия – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное различным по этиологии органическим поражением структур центральной и периферической нервной системы, осуществляющих иннервацию речевого аппарата. В речи наблюдается несформированность всех звеньев механизма фонационного оформления

высказывания, следствием чего являются голосовые, просодические и звукопроизносительные дефекты.

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

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

Экстрапирамидная дизартрия является следствием поражения экстрапирамидной системы. Нарушается управление тонусом мышц. Возникает дистония и наиболее характерные симптомы – гиперкинезы. Гиперкинезы проявляются в виде ритмических сокращений мышц (хореический гиперкинез) и волнообразных движений (атетоидный гиперкинез). Гиперкинезы усиливаются при усложнении движения и повышении уровня его произвольности. Поэтому при экстрапирамидной дизартрии наблюдаются расстройства произношения артикуляционно сложных звуков и выраженные нарушения просодических компонентов речи.

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

Мозжечковая дизартрия – возникает при поражении мозжечка или его проводящих путей, речь замедленная, толчкообразная, скандированная.

Снижены тонус и подвижность мышц языка. Выраженные нарушения темпа и плавности речи.

R47.0 (дисфазия и афазия) Афазия – полная или частичная утрата сформированной речи, обусловленная очаговым поражением головного мозга в проекции речевых зон и их связей. При афазии системно нарушаются все виды речевой деятельности. В зависимости от локализации поражения и первичного расстройства лингвистической структуры речевого дефекта выделяют несколько видов афазий: сенсорную и акустико-мнестическую афазии, возникающие при поражении височных отделов коры головного мозга, семантическую афазию и афферентную моторную афазию, возникающие при поражении нижних теменных отделов коры головного мозга, эфферентную моторную афазию и динамическую афазии, возникающие при поражении премоторных и заднелобных отделов коры головного мозга (слева у правшей).

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

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

Речь у больного на раннем этапе может быть абсолютно непонятной для окружающих, она состоит из случайных наборов звуков, слогов, словосочетаний, что получило название «жаргонофазии» или «речевой крошки».

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

При чтении появляется множество литературных парафазий, возникает затруднение в нахождении места ударения в слове, из-за чего осложняется и

понимание прочитанного. Но чтение остается наиболее сохранной речевой функцией при сенсорной афазией.

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

Грубые нарушения счета при сенсорной афазии наблюдаются лишь на самом раннем этапе.

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

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

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

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

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

Состоящей из трех слов, при этом они обращаются с просьбой повторить каждый фрагмент фразы.

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

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

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

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

Для динамической афазии характерно сохранное чтение и письмо.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Звуковая структура слогов при эфферентной моторной афазии не упрощается, не разрушается, но теряет свою интонационную окрашенность,

становится тягучей, монотонной. Литеральные парафазии не характерны для устной речи больных с эфферентной моторной афазией, но их много в письменной речи.

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

Плохо понимается переносный смысл метафор, пословиц, что объясняется трудностью переключения на иной, скрытый смысл высказывания, отмечается нарушение понимания многозначности слов - коса, ключ и т.д.

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

В основе нарушения речи по типу амнестической афазии лежат распад смысловой, семантической структуры слова, обеднение ближних и далеких связей слова.

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

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

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

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

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

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

R47.8 (другие и неуточнённые нарушения речи) Логоневроз – нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Является центрально обусловленным, имеет органическую или функциональную природу. Бывает невротического или неврозоподобного характера.

R49.0 (дисфония) и R49.1 (афония) Дисфония (афония) – отсутствие или расстройство голоса вследствие функциональных или органических нарушений голосового аппарата (гортань, голосовые связки, их нервно-мышечные структуры).

Речь представляет собой сложнейший физиологический, психический, мыслительный, языковой, сенсомоторный процесс, в котором переплетаются как более элементарные (сенсомоторный, гностико-практический), так и высокоорганизованные уровни (смысловой, языковой). В связи с этим речь и ее нарушения изучают многие науки: медицина, психология, лингвистика, психолингвистика, нейропсихология и др. При этом они касаются и классификации речевых расстройств в различных аспектах: клиническом, патофизиологическом (с учетом анализаторного принципа, характера нарушений языковой системы), психолингвистическом.

В логопедии существуют две традиционные классификации нарушений речи: психолого-педагогическая и клинико-педагогическая. Указанные классификации рассматривают речевые расстройства в различных аспектах. Но вместе с тем данные той и другой классификации дополняют друг друга и служат общим задачам: комплектованию групп пациентов с речевой патологией и осуществлению системного, дифференцированного логопедического воздействия с учетом симптоматики и механизмов нарушений речи. В процессе логопедической работы важно учитывать как уровень несформированности речи, нарушенные компоненты речи, так и механизмы, формы речевых нарушений. Единство этих двух аспектов логопедической диагностики дает возможность более дифференцированно корректировать нарушения речи.