

Визуально-диагностический мираж афазии

М.М.Щербакова✉

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского». 129110, Россия, Москва, ул. Щепкина, д. 61/2
✉ mmsch@mail.ru

В неврологической клинике существуют сложные для дифференциальной диагностики речевые нарушения, которые схожи с синдромом афазии, однако истинной афазией не являются. Они спровоцированы разными группами заболеваний: конверсионным невротическим расстройством, психическими нарушениями, деменцией и т.п. Системное практическое наблюдение данных форм речевых патологий позволило определить характерные признаки ложных афазий:

- 1) отсутствие первичного (пускового) механизма;
- 2) постепенное развитие речевых нарушений;
- 3) флуктуативность симптоматики;
- 4) нарушение невербального контакта;
- 5) вариативные изменения структуры личности в целом.

Ключевые слова: критерии истинной афазии, дифференциальная диагностика, распад речи, конверсионное невротическое расстройство, деменция, мутизм, первичный интеллектуальный дефицит.

Для цитирования: Щербакова М.М. Визуально-диагностический мираж афазии. Consilium Medicum. 2017; 19 (2.2.Неврология и Ревматология): 37–40.

SHORT SURVEY

Visual-diagnostic aphasia mirage

М.М.Scherbakova✉

M.F.Vladimirskiy Moscow Regional Clinical Institute. 129110, Russian Federation, Moscow, ul. Shchepkina, d. 61/2
✉ mmsch@mail.ru

Abstract

In neurological clinic, there are difficulties in differential diagnosis of speech disorders, which are similar to the aphasia syndrome, but are not the true aphasia. They are provoked by different groups of diseases: conversion neurotic disorder, mental disorders, dementia, etc. Systemic practical observation of these forms of speech pathologies made it possible to determine the characteristic signs of false aphasias:

- 1) absence of the primary (starting) mechanism;
- 2) gradual development of speech disorders;
- 3) fluctuation of symptoms;
- 4) violation of non-verbal contact;
- 5) Variable changes in the structure of the personality as a whole.

Key words: criteria of true aphasia, differential diagnostics, speech disintegration, conversion neurotic disorder, dementia, mutism, primary intellectual deficiency.

For citation: Scherbakova M.M. Visual-diagnostic aphasia mirage. Consilium Medicum. 2017; 19 (2.2. Neurology and Rheumatology): 37–40.

Афазия – специфичное и разнообразное по своей симптоматике речевое нарушение. Социальная значимость данного заболевания обуславливается частотностью его возникновения (от 14 до 18% лиц, переживших мозговой инсульт, страдают афазиями [1, 2]). По данным Всемирной организации здравоохранения, 30% из числа всех больных с афазией – люди трудоспособного возраста [1].

Ведущим фактором, лежащим в основе диагностических ошибок, при постановке диагноза «афазия» является подмена «истинной афазии» неспецифическими затруднениями в общении у больных с разными неврологическими заболеваниями. Сложность дифференциальной диагностики заключается в вариативности клинического проявления синдрома афазии, который зависит от целой группы факторов [3–10]: этиологии, обширности очага, давности возникновения, преморбида, возраста, пола, личных особенностей больного, состояния когнитивных функций.

В неврологическом отделении МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского проводилось системное комплексное клиническое наблюдение больных, имеющих речевые нарушения различной этиологии. Данное исследование позволило систематизировать группы заболеваний, сопровождаемых речевыми нарушениями, внешне напоминающих синдром афазии, и обобщить отличительные признаки ложных афазий.

Рассмотрим неврологические заболевания, провоцирующие неспецифические речевые нарушения, не связан-

ные с локальным нарушением мозгового кровообращения в стратегических зонах коры головного мозга.

1. Конверсионное невротическое расстройство, которое может иметь разнообразную симптоматику. Больные отличаются высокой степенью внушаемости. Они действительно могут ощущать у себя целый ряд болезненных симптомов и способны симулировать многие органические заболевания нервной системы.

Рассмотрим клинический пример. В отделение неврологии МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского поступила больная Е. с последствиями ишемического инсульта, афазией. В двух выписных эпикризах был указан диагноз «Сенсомоторная афазия». По результатам компьютерной томографии данных об очаговом поражении коры головного мозга получено не было; на магнитно-резонансной томографии (МРТ) от 20.12.2015 выявлены изменения, соответствующие энцефалиту: «Заключение: при наличии соответствующих клинических данных описанные изменения могут соответствовать энцефалиту с поражением левого полушария головного мозга. Рекомендуется динамическое наблюдение».

Проведено первичное логопедическое обследование. Афазии выявлено не было, так как:

- 1) больная четко формулировала мысль;
- 2) у нее отсутствовали изменения кинетической и кинестетической моторных программ;
- 3) отсутствовали нарушения фонематического восприятия;

Рис. 6. Самостоятельное письмо больной Е.

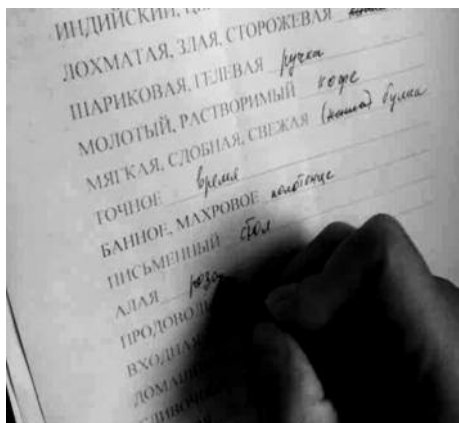


Рис. 7. Установление причинно-следственной связи событий.

2. Вода/ выпиваем воду! - *проглатываем*
3. Еда/ принимаем пищу! - *употребляем пищу*
4. Газета/ читаем газету узнаем! - *узнаем новости*
- 5. Аптека/ идем в аптеку! - *берем лекарство*
6. Магазины/ идем в магазин! - *покупаем товар*
7. Часы/ смотрим на часы! - *последотрябь время*
8. Градусник/ берем градусник, измеряем! - *измеряем температуру*
- 9. Библиотека/ идем в библиотеку! - *читаем книги*
10. Банк / идем в банк! - *берем деньги*
11. Телефон/ набираем телефон! - *разговариваем*

3. Мутизм – произвольный отказ от контакта как на вербальном, так и на невербальном уровне. В ряде случаев он проявляется в виде «тотальной афазии». При этом объективных причин для развития речевого нарушения нет.

Рассмотрим клинический пример. В отделение неврологии МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского поступила больная Е. с последствиями транзиторной ишемической атаки, афазией. На компьютерной томографии определялись множественные очаги пониженной плотности.

Проведено логопедическое обследование, во время которого больная только частично выполняла простейшие речевые инструкции, при этом на сложные внеситуативные вопросы она реагировала адекватно, но в невербальной форме (с помощью жестов). Автоматизированная речь была «в распадае». Инициации к переходу на невербальные формы общения не наблюдалось.

В процессе обследования было обращено внимание на одну важную особенность – отсутствие голосовых реакций. Поэтому для четкого разграничения синдрома афазии и мутизма предложена дифференциальная проба – самостоятельное письмо.

Истинная афазия представляет собой не психическое расстройство психики, при котором страдает вся речевая система в целом: происходит распад как устной, так и письменной речи. Тот факт, что задание на самостоятельное дописывание словосочетаний было выполнено в быстром темпе без каких-либо затруднений (рис. 6), доказывает сохранность речевой системы, следовательно, предварительный диагноз «Афазия» не подтвержден. Поставлен диагноз «Мутизм».

4. Умеренные когнитивные нарушения обусловлены дисциркуляторными энцефалопатиями, т.е. диспропорцией между потребностями и возможностями обеспечения тканей мозга полноценным кровоснабжением.

Умеренные когнитивные нарушения отражаются на дискурсивном и логическом мышлении, мнестической функции, что приводит к изменению речевого мышления.

Рис. 8. Определение семантики речи.

Инструкция: «Прочитайте/прослушайте пословицу и найдите ей верное объяснение».

1. Семь раз отмерь, а один раз отрежь.
 - Если сам отрезал неправильно, то не следует винить ножницы.
 - ✓ – Прежде чем сделать, надо хорошо подумать.
 - ✓ – Продавец отмерил семь метров ткани и отрезал кусок.
2. Нечего на зеркало пенять, коли рожа крива.
 - Не стоит кивать на обстоятельства, если дело в тебе самом.
 - ✓ – Хорошее качество зеркала зависит не от рамы, а от самого стекла.
 - ✓ – Зеркало висит криво.

Рис. 9. Зрительно-пространственные нарушения.

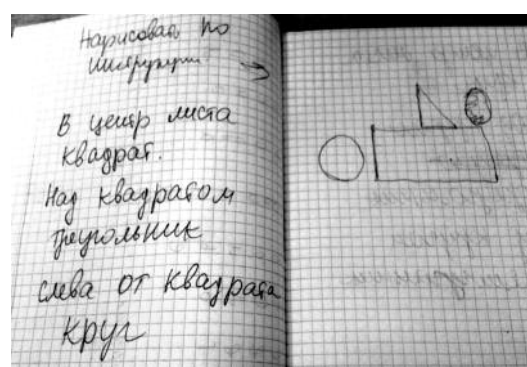
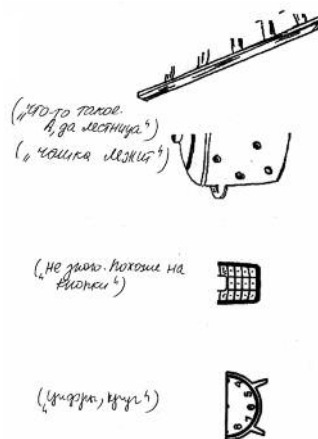


Рис. 10. Восприятие недорисованных предметов.



Рассмотрим клинический пример. В отделение неврологии МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского поступила больная С. с последствиями инфаркта головного мозга, афазией. На МРТ определялись множественные очаги, соответствующие хронической ишемии головного мозга.

Проведено первичное логопедическое обследование. Речевое нарушение, наблюдаемое у больной, не поддавалось однозначной трактовке. Определялось одновременное присутствие следующих клинических форм афазии:

- синдром динамической афазии, при котором нарушается планирование и программирование речевого высказывания, т.е. правильное формулирование речевого высказывания (рис. 7);
- синдром семантической афазии, при котором распадается семантика речи и отмечаются зрительно-пространственные нарушения (рис. 8, 9);

- синдром акустико-мнестической афазии, в основе которого лежат снижение объема слухоречевой памяти и изменение зрительного восприятия (рис. 10).

Динамическое наблюдение больного в клинике позволило определить первичность системных умеренных когнитивных расстройств. Это было доказано:

- снижением мотивационного компонента;
- флуктуативностью симптоматики (продуктивность ответов напрямую зависела от общего соматического состояния больного на текущий момент);
- изменением процесса саморегуляции познавательной деятельности в целом (небольшая ошибка, неосторожное замечание специалиста полностью дезорганизовывало правильное выполнение задания);
- наличием выраженных эмоциональных реакций на неудачу, в том числе вспышки агрессии.

5. Интеллектуальные нарушения, провоцирующие изменение функционирования речевого мышления.

Рассмотрим клинический пример. В отделение неврологии поступила больная с последствиями мозгового инсульта в бассейне левой средней мозговой артерии, «умеренной моторной афазией». Проведено логопедическое обследование. Типичной картины какой-либо клинической формы афазии выявлено не было, однако отмечался распад письменной речи, поэтому афазия не была исключена.

С больной была проведена реабилитационная работа, направленная на растормаживание письменной речи путем перевода функции на другой уровень, а именно глобальное чтение, вертикальное письмо и т.п.

При выписке письменная речь была полностью «восстановлена». Получив выписной эпикриз, больная внезапно заявила: «Спасибо Вам большое, я, если честно, отродясь писать и читать не умела. Родилась совсем далеко от Москвы, в маленькой деревушке. В школу-то и не ходила. Все хозяйством занималась». При этом самое удивительное в этой истории заключается в том, что на протяжении всего курса реабилитации женщина ни разу не обмолвилась о том, что она никогда не умела ни читать, ни писать.

Заключение

Неспецифические системные речевые нарушения наблюдаются: при конверсионных невротических расстройствах, деменции, мутизме, системных умеренных когнитивных нарушениях, порционных снижениях интеллектуальных функций. При проведении дифференциальной ди-

агностики ложных афазий специалист должен учитывать следующие характерные признаки:

- отсутствие первичного (пускового) механизма;
- постепенное прогрессирование речевых нарушений (характерно для деменции и умеренных когнитивных нарушений);
- флуктуативность симптоматики. В данном случае отмечается взаимосвязь общего соматического состояния больного и продуктивности речевого общения в целом (характерно для деменции и умеренных когнитивных нарушений);
- астению как ведущий симптом сосудистой деменции;
- отсутствие невербальных форм общения (наблюдается при мутизме);
- изменение эмоционально-волевой сферы (характерно для всех типов ложных афазий).

Литература/References

1. Зачиняева Е.Ф., Потехина Е.С., Ларина Т.К. К вопросу о проблеме восстановления речи у больных с афазией. Молодежный науч. вестн. 2016. <http://www.mnvnauka.ru/2016.05/Potekhina/> / Zachiniaeva E.F., Potekhina E.S., Larina T.K. K voprosu o probleme vosstanovleniia rechi u bol'nykh s afaziei. Molodezhnyi nauch. vestn. 2016. <http://www.mnvnauka.ru/2016.05/Potekhina/> [in Russian]
2. Шкловский В.М., Визель Т.Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. М.: Ассоциация дефектологов, 2000; с. 24–9, 41–3. / Shklovskii V.M., Vizel' T.G. Vosstanovlenie rechevoi funktsii u bol'nykh s raznymi formami afazii. M.: Assotsiatsiia defektologov, 2000; s. 24–9, 41–3. [in Russian]
3. Aben L et al. Memory self-efficacy and psychosocial factors in stroke. J Rehabil Med 2008; 40 (8): 681–3.
4. Breitenstein C et al. Intense language training for aphasia. Contribution of cognitive factors. Nervenarzt 2009; 80 (2): 149–50, 152–4.
5. Frederic A et al. The role of left inferior frontal and superior temporal cortex in sentence comprehension: localizing syntactic and semantic processes. Cereb Cortex 2003; 13 (2): 170–7.
6. Jobard G. Evaluation of the dual route theory of reading: a metaanalysis of 35 neuroimaging studies. Neuroimage 2003; 20 (2): 693–712.
7. Johnson RK, Hough MS, King KA et al. Functional communication in individuals with chronic severe aphasia using augmentative communication. Augment Altern Commun 2008; 24 (4): 269–80.
8. Meinzer M et al. Functional re-recruitment of dysfunctional brain areas predicts language recovery in chronic aphasia. Neuroimage 2007; 39 (4): 2038–46.
9. Muller NG. The functional neuroanatomy of working memory: Contributions of human brain lesions studies. Neuroscience 2006; 139 (1): 51–8.
10. Optiz B. Functional asymmetry of human prefrontal cortex: Encoding and retrieval of verbally and nonverbally coded information. Learn Mem 2000; 7 (2): 85–96.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Щербакова Мария Михайловна – врач-логопед отделения неврологии ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского». E-mail: mmsch@mail.ru