

Логопедическая работа при дизартрии у пациента с боковым амиотрофическим склерозом (клинический случай)

Е.Б.Познырева¹, И.Е.Юсов²¹ГБУЗ МО «Мытищинская городская клиническая больница», Мытищи, Россия;²ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.С.Юдина» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия✉ yusovy@gmail.com**Аннотация**

В последнее время в отечественной логопедии возрос интерес к проблемам oral motor disorders. Единственным полным исследованием на русском языке семиотики расстройств моторной стороны речи остается фундаментальная монография Е.Н.Винарской и А.М.Пулатова (1989 г.), описывающая данную проблематику с позиций неврологии и лингвистики. Однако впоследствии нейрофонетическое изучение дизартрий не было продолжено, поскольку выбор исследователей состоялся в пользу афазии. Исследований, посвященных восстановительному обучению взрослых лиц с указанными нарушениями, крайне мало. Настоящая статья посвящена анализу логопедической работы с пациенткой, страдающей тяжелой степенью бокового амиотрофического склероза с практически полным отсутствием речи. На примере данного клинического случая показана актуальность нового для российской логопедии направления – ведения пациентов с нейродегенеративными заболеваниями, в том числе паллиативного профиля. Описаны ключевые моменты логопедической работы: чередование речевых нагрузок, избирательное применение массажных техник, дыхательных и артикуляционных упражнений, элементы психотерапевтического воздействия. Главными результатами со стороны произносительной стороны речи явились упрочение позиции некоторых групп согласных, улучшение глотания и голосообразования, со стороны социального функционирования – восстановление минимальных коммуникативных возможностей.

Ключевые слова: логопедия, дизартрия, нейрореабилитация, боковой амиотрофический склероз.**Для цитирования:** Познырева Е.Б., Юсов И.Е. Логопедическая работа при дизартрии у пациента с боковым амиотрофическим склерозом (клинический случай). Consilium Medicum. 2019; 21 (2): 86–89. DOI: 10.26442/20751753.2019.2.190305

Clinical Case

The speech therapy for dysarthria in patient with amyotrophic lateral sclerosis (clinical case)

Ekaterina B. Poznyreva¹, Ivan E. Yusov²¹Mytishchi City Clinical Hospital, Mytishchi, Russia;²S.S.Yudin City Clinical Hospital, Moscow, Russia✉ yusovy@gmail.com**Abstract**

Recently, the national speech therapy has increased interest in the problems of oral motor disorders. E.N.Vinarskaya, A.M.Pulatov's fundamental monograph (1989) remains the only Russian-language research of semiotics of motor speech aspects disorders. These ones are described in point of view of neurology and linguistics. Subsequently, neurophonetic study of dysarthria was not continued, because the researchers chose aphasia as an object of analysis. There are very few studies on the rehabilitation education of adults with these disorders. The article is devoted to the analysis of speech therapist's work with a patient suffering from the severe amyotrophic lateral sclerosis (ALS). She had virtually no speech. The importance of new tendency of Russian speech therapy is shown on the example of this clinical case. This is a management of patients with neurodegenerative disease, including palliative profile. The key points of speech therapy are described such as alternation of speech loads, selective application of massage techniques, breathing and articulation exercises, psychotherapeutic influence elements. The main results were improve pronunciation of some consonant groups, swallowing and phonation from the speech, and restoration of minimal communication capabilities from the social functioning.

Key words: speech therapy, dysarthria, neurorehabilitation, amyotrophic lateral sclerosis.**For citation:** Poznyreva E.B., Yusov I.E. The speech therapy for dysarthria in patient with amyotrophic lateral sclerosis (clinical case). Consilium Medicum. 2019; 21 (2): 86–89. DOI: 10.26442/20751753.2019.2.190305

В настоящее время в отечественной логопедии возрос интерес к проблемам oral motor disorders – нарушениям артикуляции, функционально и филогенетически связанных с дисфункциями глотания и голосообразования [1–4]. Вместе с тем их теоретическое осмысление находится на том же уровне, что и три десятка лет назад. Фундаментальная монография Е.Н.Винарской и А.М.Пулатова [5], описывающая данную проблематику с позиций неврологии и лингвистики, остается до сей поры единственным полным исследованием на русском языке семиотики расстройств моторной стороны речи. Нейрофонетическое изучение дизартрий не было продолжено, вероятно, в силу кажущейся исчерпанности темы; выбор исследователей состоялся в пользу афазии. Практических пособий по работе с дизартриями достаточно много, однако существующие методики рассчитаны на коррекцию звукопроизношения детей дошкольного и младшего школьного возраста. Исследований, посвященных восстановительному обучению взрослых лиц, крайне мало [2, 4].

В данной статье описан пример логопедической работы по преодолению дизартрии у пациентки, страдающей боковым амиотрофическим склерозом (БАС), который представляет собой прогрессирующее нейродегенеративное заболевание, сопровождающееся гибелью центральных (моторная зона коры) и периферических (передние рога спинного мозга, ядра черепно-мозговых нервов) двигательных нейронов, приводящей к параличу и атрофии мышц. Летальный исход наступает от инфекций дыхательных путей или дыхательной недостаточности [6]. Логопедическое сопровождение рассматриваемой категории пациентов, как и в целом оказание паллиативной логопедической помощи взрослым лицам, в отечественной литературе практически не описано [7, 8].

Клинический случай

Больная Л., 46 лет. Первые жалобы на слабость в руке появились 8 лет назад. Через несколько месяцев был диагностирован БАС. На момент осмотра в неврологическом

статусе отмечаются оживление сухожильных рефлексов, повышение мышечного тонуса по центральному типу, патологические стопные знаки с двух сторон, тетрапарез, клонусы кистей, стоп, коленных чашечек. В мимической мускулатуре изменение по типу насильственного смеха, симптомы орального автоматизма (назолабиальный, хоботковый, ладонно-подбородочный). Сглажена правая носогубная складка, фасцикуляции по краю языка, слабая экскурсия мягкого неба при фонации, снижение небного и глоточного рефлекса. Отмечаются сильная утомляемость, астенизация, постепенно нарастающая слабость шейных мышц, трудности удержания головы. На электроэнцефалографии – выраженная денервация во всех мышцах, увеличение и изменение потенциалов двигательных единиц по невральному типу.

Коммуникация осуществляется посредством сиделки, научившейся разбирать речь больной, ограниченную с акустической стороны единичными звукокомплексами. В произношении гласные заменяются неясным назализованным звуком [ã]; отсутствуют практически все смычные согласные, щелевые представлены преимущественно в виде плоскощелевых, а также гортанных смычек: [ʔ]ама (сама). Наиболее сохранены губные: [м] и частично [п]. Голос слабый, хриплый, назализованный, лишенный модуляций. Значительно выражены наблюдаемые при БАС «речевые флуктуации» [8], под которыми понимаются колебания скорости и разборчивости речи в зависимости от эмоционального фона и состояния говорящего. Глотание расстроено, однако не отмечается значительных трудностей инициации глотка, пассажа пищевого болуса (твердой и жидкой пищи) в гортаноглотку. Главной проблемой является формирование болуса в ротовой полости вследствие выраженного нарушения моторики язычных мышц. Пациентка категорически отказывается от применения специальной посуды. Акт глотания жидкости выглядит следующим образом: максимально обхватив нижней губой край чашки, поддерживаемой помощницей, больная изменением угла наклона головы (путем запрокидывания) добивается поступления жидкости в полость рта и затем заглатывания, которое протекает без подтеканий и поперхиваний. Таким образом, интуитивно используется компенсаторный прием, рекомендованный рядом авторов для больных БАС [9]. Данные клинко-инструментальных обследований не выявили воспалительного процесса в легочной ткани. Следует предположить, что благодаря относительной сохранности фарингеальной фазы глотания компенсаторно сокращена грубо нарушенная орально-трансферная фаза.

Основываясь на данных клинического и логопедического исследования, было сделано заключение о наличии характерного для БАС [5] тяжелого нарушения речи по типу бульбарно-псевдобульбарной дизартрии в степени анартрии.

Было проведено 20 логопедических занятий. Параллельно пациентка занималась на аппарате VocaStim (10 сеансов).

Стратегически важным явилось достижение максимального психологического комфорта на занятиях. Начиная каждую встречу с краткого резюмирования итогов предыдущей, ободряя и поддерживая больную, логопед подчеркивал малейшие положительные сдвиги, стимулировал любые коммуникативные усилия. Следует учитывать, что для пациентки, критично относящейся к своим возможностям и болезненно переживающей неуспех, само намерение, волевая интенция, вектор мысли имели помимо психотерапевтического воздействия и чисто техническое значение, организуя и нормализуя речевую моторику.

Необходимо было продуманное чередование речевых нагрузок: пассивно-активные упражнения перемежались массажем, попытки артикуляционных движений – перебивками на отдых и принятие пищи. Инструкции давались предельно тщательно и детализированно, с опорой на образное название упражнения, кинестетический след арти-

куляционного движения. Например, звук [х], ассоциированный с ощущением бархатной ткани, произносился четко, чем при предъявлении простой инструкции. Тяжесть заболевания накладывала значительные ограничения на активизацию произносительных возможностей. В этом состояло главное отличие от подобных приемов постановки звуков, используемых при коррекции дислалии («змея шипит», «насос свистит»).

Вопреки обычной схеме работы с дизартриями приоритетной задачей стало улучшение артикуляции согласных, а не гласных. Выстраивание именно такой реабилитационной программы было оправданным в силу следующих причин. Работа над гласными предполагает активное включение дыхательной мускулатуры, почти невозможное для пациентки, поскольку быстро истощало ее и делало бессмысленным дальнейшее проведение занятия. Кроме того, фонетическая система русского языка как языка консонантного типа построена преимущественно на слоговых контрастах, осуществляемых согласными, а главным условием разборчивости русской речи является их четкое произнесение [10]. Дифференцировка гласных по ряду и подъему, их деназализация и лабиализация рассматривались как зона ближайшего развития. Вместе с тем дыхательные упражнения типа «Протест», «Локоны» (см. Приложение), работа с просодикой на материале автоматизированных рядов (счет от 1 до 5 и обратно) и коммуникативно значимых фраз полностью не исключались. Применялся следующий прием: давалась инструкция «собрать слово», т.е. выделить и продлить звучание ударного гласного. Тем самым осуществлялся перевод артикуляционного движения на произвольный уровень, динамический (силовой) характер ударения сменялся на количественный (долготный).

Постепенное укрепление губной мускулатуры, особенно медиальной части *musculus orbicularis oris*, с помощью упражнений «Улыбка», «Трубочка», «Гармошка», «Замок», «Поцелуй», «Шторки», «Центрифуга» дало более плотное смыкание ротовой щели, усилило лабиализацию гласных и привело к возникновению [п] на месте [м]: [м]онедельник > [п]онедельник.

Возрастание силы и объема движений нижней челюсти (упражнения «Бандит», «Гончар», «Шашлык», «Помада») с одновременным закусыванием нижней губы («Расческа») сделало возможным произнесение [в]: [дã] > [двã] (два), а также движение плевка («Семечки»).

Необходимость привлечения вспомогательных средств стала ясна уже на первом занятии. Вначале это был марлевый узелок («мышка»), затем лесной орех и миндаль, помещаемые последовательно за щеку и подъязычную область, на кончик и спинку языка с целью восстановления движений в передне-заднем и боковом направлениях. К концу курса язык, неподвижно лежавший в полости рта, стал двигаться активнее, появилась возможность отклонения от средней линии на 20°, уменьшилось время выполнения артикуляционного движения. Упражнения «Качели», «Счет» с паузой, фиксацией и упором кончика языка в точки касания зубов создали предпосылки к появлению слабого [с^ш] на месте нуля звука: [ʔ]емь > [с^ш]емь (семь). В результате более высокого подъема спинки языка появилось четкое звучание [j]: [ʔ]а > [j]а (я). Используя массажные техники по Е.А.Дьяковой [1] (разглаживание *platysma* от щитовидного хряща латерально, легкое потряхивание гортани) и упражнения «Бык», «Комок», «Мороз», «Храп», «Всхлип», «Кашель 1–5», «Зевок», «Интеллигент», «Чемодан», удалось добиться продуктивного кашля и появления [х], [к^х] на месте нуля звука: [ʔ]а > [х]а (ха!), [ʔ]аша > [кх]аша (каша).

Выводы

Главными результатами логопедической работы со стороны произносительной стороны речи явились упрочение позиции щелевых согласных, появление смычных, слабо

Приложение Supplement		
Упражнение	Инструкция	Вспомогательные средства, массажные приемы
Протест	Производить вялый губной выдох с легким надуванием щек («пф!»)	«Потеющее» зеркало
Локоны	Дуть, выпятив нижнюю губу и направляя струю воздуха строго вверх (на кончик носа и лоб)	Кусок салфетки (ватки), прикрепленный к носу
Шашлык	Энергично жевать с закрытым ртом, как бы перетирая зубами жесткое мясо	Перекачивание редиски (ореха) во рту
Помада	Двигать нижней челюстью вперед-назад, зажав губы между зубами	Миндаль между губ
Бандит	Двигать нижней челюстью влево-вправо	
Гончар	Двигать нижней челюстью с круговой ротацией (взад-вперед, влево-вправо)	
Улыбка	Растягивать губы в улыбке, не обнажая зубов, как бы произнося И	Сведение губ в трубочку пальцами
Трубочка	Вытягивать губы вперед трубочкой, как бы произнося У	Растягивание губ в улыбку пальцами
Гармошка	Чередовать «Улыбку» и «Трубочку» при сжатых челюстях	
Замок	Плотно сжать губы, как бы произнося М	
Поцелуй	С напряжением вытягивать губы вперед и резко размыкать трубочку (движение поцелуя)	
Расческа	Легко покусывать верхнюю и нижнюю губы зубами	Подтягивание губы горизонтально расположенным пальцем
Шторки	Поднимать (опускать) верхнюю (нижнюю) губу, обнажая (скрывая) зубы	
Центрифуга	Активно перемещать круговыми движениями губы, вытянутые в трубочку	Пассивное удержание губ пальцами
Бык	Не размыкая челюсти и прижав подбородок к груди, глотать с максимальным напряжением мышц шеи	
Комок	Глотать, удерживая гортань несколько секунд в поднятом положении	
Качели	Поднимать и опускать язык к верхним (нижним) зубам	Пауза, фиксация и упор кончика языка в точках касания зубов
Счет	Трогать зубы, ощупывая каждый кончиком языка (как бы убеждаясь в их целостности)	
Семечки	Множественно и часто поплевывать, просовывая язык между зубами	
Чемодан	Открыв рот, с усилием тянуть (или намереваться произнести) Ы , выдвигая вперед нижнюю челюсть (как будто поднимаем тяжелый чемодан)	
Мороз	Вдохнув носом, резко выдыхать теплый воздух с шепотным произнесением КА, ХА (как бы отогревая замерзшие пальцы)	«Потеющее» зеркало
Храп	Имитировать храпение на вдохе и выдохе	
Всхлип	Произносить восклицание «Ах!» на вдохе (с ощущением холода в горле)	
Кашель-1	Откашливаться, открыв рот и с силой сжимая кулаки	
Кашель-2	Откашливаться, максимально выводя язык вперед	
Кашель-3	Имитировать легкое покашливание («кхе-кхе»), прикладывая как можно меньше усилий	
Кашель-4	Закрыв рот, откашливаться с произнесением «пфу-пфу»	
Кашель-5	Откашливаться с закрытым ртом, как бы прочищая горло («крошка попала»)	
Зевок	Широко открыв рот, зевать, озвучивая выдох	
Интеллигент	Зевать «культурно», закрыв рот и озвучивая выдох, при этом нижняя челюсть максимально опущена	

выраженная дифференциация гласных, некоторое улучшение глотания и голосообразования, со стороны социального функционирования – восстановление минимальных коммуникативных возможностей.

Рассмотренный пример иллюстрирует важность персонализированного подхода к пациенту с тяжелой речевой патологией, течение которой носит прогрессивный характер, значение продуманной вариативности в сочетании различных реабилитационных техник [8, 9]. От специалиста требуется умение правильно соразмерять возможности больного с поставленной задачей, принимать оптимальные решения в процессе занятия, отслеживать даже незначительные изменения в состоянии его артикуляционного аппарата.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Литература/References

1. Дьякова Е.А. Логопедический массаж при разных формах дизартрии. Учебное пособие. М.: В.Секачев, 2012. [D'iakova E.A. Logopedicheskiy massazh pri raznykh formakh dizartrii. Uchebnoe posobie. Moscow: V.Sekachev, 2012 (in Russian).]
2. Москалева В.В., Рудометова Ю.Ю., Ларина О.Д. Комплекс логопедических мероприятий по преодолению дизартрий у больных с последствиями локальных поражений головного мозга. Школьный логопед. 2015; 2 (54). [Moskaleva V.V., Rudometova Yu.Yu., Larina O.D. Kompleks logopedicheskikh meropriyatii po preodoleniu dizartrii u bol'nykh s posledstviyami lokal'nykh porazhenii golovnoho mozga. Shkol'nyi logoped. 2015; 2 (54) (in Russian).]
3. Норвилл С.Н., Царева И.В., Старицын А.Н. и др. Ведение пациентов с нейрогенной дисфагией в остром периоде инсульта (междисциплинарный подход). Consilium Medicum. 2015; 17 (9): 50–4. [Norvils S.N., Tsareva I.V., Staritsyn A.N. et al. Management of patients with neurogenic dysphagia in acute stroke (multidisciplinary approach). Consilium Medicum. 2015; 17 (9): 50–4 (in Russian).]
4. Щербакова М.М. Программы восстановления речи при дизартрии у больных с последствиями инсульта. Учебное пособие. М.: Изд-во МНИИКИ, 2014.

- [Shcherbakova M.M. Programmy vosstanovleniia rechi pri dizartrii u bol'nykh s posledstviiami insul'ta. Uchebnoe posobie. Moscow: Izd-vo MONIKI, 2014 (in Russian).]
5. Винарская Е.Н., Пулатов А.М. Дизартрия и ее топико-диагностическое значение в клинике очаговых поражений мозга. 2-е изд., доп. и перераб. Ташкент: Медицина, 1989.
[Vinarskaia E.N., Pulatov A.M. Dizartriia i ee topiko-diagnosticheskoe znachenie v klinike ochagovykh porazhenii mozga. 2-e izd., dop. i pererab. Tashkent: Meditsina, 1989 (in Russian).]
 6. Неврология: национальное руководство. Под ред. Е.И.Гусева, А.Н.Коновалова, В.И.Скворцовой, А.Б.Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
[Nevrologiia: natsional'noe rukovodstvo. Pod red. E.I.Guseva, A.N.Konvalova, V.I.Skvortsovoi, A.B.Gekht. Moscow: GEOTAR-Media, 2009 (in Russian).]
 7. Бруно Е.В. Дисфагия при боковом амиотрофическом склерозе. Материалы Первой конференции с международным участием по дисфагии, 2015.
[Bruno E.V. Disfagiia pri bokovom amiotroficheskom skleroze. Materialy Pervoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem po disfagii, 2015 (in Russian).]
 8. Левицкий Г.Н., Климова Л.А., Чуб Л.А. и др. Скорость речи при БАС и возможности ее медикаментозной коррекции. <http://www.alsportal.ru/latest-news/spechrateals-andthepossibilityofitsmedicalcorrection>
[Levitskii G.N., Klimova L.A., Chub L.A. et al. Skorost' rechi pri BAS i vozmozhnosti ee medikamentoznoi korrektsii. <http://www.alsportal.ru/latest-news/spechrateals-andthepossibilityofitsmedicalcorrection> (in Russian).]
 9. Икенштейн, Гунтрам В. и др. Диагностика и лечение нейрогенной дисфагии. Бремен-Лондон-Бостон. UNI-MED Verlag AG. – Б.г.
[Ikenshtein, Guntram V. et al. Diagnostika i lechenie neurogennoi disfagii. Bremen-London-Boston. UNI-MED Verlag AG. – B.g. (in Russian).]
 10. Князев С.В., Пожарицкая С.К. Современный русский литературный язык. Фонетика, орфоэпия, графика и орфография. Учебное пособие для вузов. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Академический проспект, Гаудеамус, 2011.
[Kniazev S.V., Pozharitskaia S.K. Sovremennyi russkii literaturnyi iazyk. Fonetika, orfoepiia, grafika i orfografiia. Uchebnoe posobie dlia vuzov. 2-e izd., pererab. i dop. Moscow: Akademicheskii prospekt, Gaudeamus, 2011 (in Russian).]

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Познырева Екатерина Богдановна – логопед ГБУЗ МО МГКБ.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9389-0943>

Юсов Иван Евгеньевич – канд. филол. наук, логопед ГБУЗ «ГКБ им. С.С.Юдина».
E-mail: yusovy@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4201-6812>

Ekaterina B. Poznyreva – speech therapist, Mytishchi City Clinical Hospital.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9389-0943>

Ivan E. Yusov – Cand. Sci. (Philol.), speech therapist, S.S.Yudin City Clinical Hospital.
E-mail: yusovy@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4201-6812>

Статья поступила в редакцию / The article received: 23.12.2018

Статья принята к печати / The article approved for publication: 23.04.2019