

**Национальная ассоциация по борьбе с инсультом  
Союз реабилитологов России**

**ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ  
ДИАГНОСТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ  
С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ, ГОЛОСА И ГЛОТАНИЯ  
В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ**

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ДЛЯ ЛОГОПЕДОВ**

**Москва 2016**

**Рабочая группа по подготовке текста рекомендаций:**

Иванова М.В., к. психол.н., психолог (Москва)

Ларина О.Д., логопед (Москва)

Норвилс С.Н., логопед (Москва)

Царева И.В., логопед (Москва)

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

Утверждено

Профильная комиссия по медицинской психологии Экспертного Совета МЗ  
РФ Председатель Ю.П. Зинченко

Профильная комиссия по медицинской реабилитации Экспертного Совета  
МЗ РФ Председатель Г.Е. Иванова

Авторы настоящих рекомендаций не сообщают о конфликте интересов.  
Ни одна фармацевтическая компания не финансировала подготовку данного  
издания.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВПФ	–	Высшие психические функции
ИКТ	–	Информационно-компьютерные технологии
МДБ	–	Мультидисциплинарная бригада
МКБ 10	–	Международная классификация болезней 10 пересмотра
МКФ	–	Международная классификация функционирования
НЧР	–	«Ничего через рот»
ОМС	–	Обязательное медицинское страхование
ОНМК	–	Острое нарушение мозгового кровообращения
ОРИТ	–	Отделение реанимации и интенсивной терапии
СРР	–	Союз реабилитологов России
ЦНС	–	Центральная нервная система

## Оглавление

ВЕДЕНИЕ	5
ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ	6
СИТУАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА	10
ВИДЫ И ФОРМЫ МЕДИКО-ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	11
ДИАГНОСТИКА	12
РЕАБИЛИТАЦИЯ	15
Цели и задачи логопедической работы	15
Специфика логопедической работы	16
Программы логопедической работы при афазии	17
Программы логопедической работы при дизартрии	20
Ведение пациентов с дисфонией	21
Ведение пациентов с дисфагией	21
Недопустимые действия	21
МЕТОДЫ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ	22
ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ И ИХ РОДСТВЕННИКОВ	24
ПРОФИЛАКТИКА	26
КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ	26
ЛИТЕРАТУРА	27
Приложение А1	29
Приложение А2	29
Приложение А3	30
Приложение Б	30
Приложение В	31
Приложение Г	40

## ВВЕДЕНИЕ

Наиболее частым последствием инсульта, черепно-мозговой травмы, нейрохирургического вмешательства и других заболеваний являются речевые нарушения (примерно 40-50% от общего числа больных), проявляющиеся в форме афазий и дизартрий, которые нередко сочетаются с патологией других высших психических функций (различными видами агнозий и апраксий), нарушением глотания (около 19-81% больных с инсультом), двигательными и психическими расстройствами (Шкловский, 2003; Rofes L.et al., 2013).

В остром периоде после стабилизации жизненно-важных функций больной начинает оценивать свое состояние: невозможность речевого общения, ограничение самостоятельного передвижения, социально-бытовую некомпетентность, и, наконец, неверие в возможность возвращения к труду. Все это приводит к появлению депрессии, тяжелых невротических состояний, суицидальных мыслей, а также к целому ряду других психических расстройств, которые и являются причиной социальной депривации. Коммуникативный дефицит делает пациента более инвалидизированным (Цветкова, Глозман, Калита, Максименко, Цыганок, 1980; Глозман, 2003).

Чрезвычайно важное место в комплексе лечебно-восстановительных мероприятий занимает восстановительное обучение (Цветкова, 2004; Шкловский, Визель, 2011; Шохор-Троцкая (Бурлакова), 2001). *Основной целью восстановительного обучения* больных с речевыми нарушениями вследствие инсульта и черепно-мозговой травмы является работа по преодолению афазий, дизартрий, артикуляционных апраксий, а также работа по восстановлению голоса и глотания.

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

Для обеспечения полноценного взаимодействия в структуре единой мультидисциплинарной бригады логопеду отводится *роль фасилитатора*, который разъясняет другим специалистам какие коммуникативные стратегии лучше всего подойдут для взаимодействия с больным и как стимулировать пациента к речевой коммуникации при разных видах деятельности (Камаева, Монро, Буракова и др., 2003).

Оценка качества жизни пациента до и после проведения реабилитационных мероприятий является индикативным критерием эффективности оказания специализированной помощи больным в условиях стационара.

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

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

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

Пересмотр Рекомендаций осуществляется по мере получения новых клинических данных, обобщений приобретенного опыта, но не реже, чем 1 раз в 5 лет.

## ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ

**Речь** – важнейшая высшая психическая функция, которая организует и связывает другие психические процессы, такие как восприятие, память, мышление, воображение, произвольное внимание. Для нормальной речевой деятельности необходимо согласованное функционирование головного мозга и других отделов нервной системы. В осуществлении речевой функции, а также письма и чтения принимают участие зрительный, слуховой, двигательный и кинестетический анализаторы. Большое значение имеют сохранность иннервации мышц языка, гортани, мягкого неба, состояние придаточных пазух и полости рта, играющих роль резонаторных полостей. Кроме того, важна координация дыхания и произношения звуков (Бадалян, 1984).

Сложность речевых механизмов обуславливает и разнообразие речевых нарушений. Наиболее распространенными из них являются *афазии и дизартрии*.

**Афазия** – это системное приобретенное расстройство уже сформировавшейся речи, возникающее при органических повреждениях коры больших полушарий головного мозга; характеризуется нарушениями разных языковых модальностей (экспрессивная речь, импрессивная речь, чтение и письмо); охватывает разные уровни организации речи (фонетику, лексику, грамматику, семантику); влияет на ее связи с другими психическими процессами и приводит к дезинтеграции всей психической сферы человека, нарушая, прежде всего коммуникативную функцию речи.

Клинические картины афазий неоднородны. Различия между ними обусловлены прежде всего локализацией очага поражения (Лурия, 1947, 1969, 2002).

Помимо локализации очага поражения и его размеров, специфику нарушения речи при каждой из форм афазии определяет: степень тяжести и этап заболевания; патогенетические механизмы (характер нарушения мозгового кровообращения, степень выраженности нейродинамического компонента, состояние не пострадавших участков мозга и т.д.). При афазиях же, имеющих травматическую или опухолевую этиологию, наиболее значимы тяжесть деструктивного дефекта, сроки и характер оперативного вмешательства. Определенное значение имеют и преморбидные интеллектуально-характерологические черты личности больного (Лурия, 1947; Оппель, 1972).

Существуют различные классификационные системы афатических расстройств. В России применяется классификация А.Р. Лурия (1947, 1969, 2002).

### Формы афазий

Таблица 1

Локализация очага	Центральный механизм	Клинические проявления, сопутствующая симптоматика
<b>Афферентная моторная афазия</b>		
Поражение нижних отделов постцентральной коры, примыкающей к роландовой борозде	Нарушение кинестетической афферентации произвольных оральных движений	Первичный дефект – нарушение тонких артикуляторных движений, проявляющееся в невозможности совершить по заданию движения языком, губами и другими органами артикуляции, которое носит название оральной апраксии. Оральная апраксия лежит в основе артикуляционной апраксии, имеющей непосредственное отношение к произнесению звуков речи. Она проявляется в распаде отдельных артикуляционных поз или, иначе, артикулем. Клиническая картина проявляется либо в полном отсутствии экспрессивной речи, либо в обилии литеральных парафазий во всех ее видах. Автоматизированные формы речи остаются более сохранными

<b>Эфферентная моторная афазия</b>		
Поражение нижних отделов премоторной области (зона Брока)	Нарушение кинетической стороны речи, т.е. невозможность своевременного переключения с одной серии артикуляционных движений на другую	Первичный дефект – патологическая инертность артикуляторных актов. Клиническая картина проявляется в персеверациях – патологических повторениях какого-либо слога, слова. Больные относительно легко произносят отдельные звуки, но испытывают существенные затруднения при произнесении слов и фраз. Речь больных становится малопродуктивной, разорванной, сопровождается «застреванием» на отдельных фрагментах высказывания, с избытком штампов. Эти дефекты произносительной стороны речи вызывают системные расстройства и других сторон речевой функции: чтения, письма, а частично и понимания речи
<b>Динамическая афазия</b>		
Поражение заднелобных отделов левого полушария, расположенных спереди от «зоны Брока»	Нарушение внутренней речи, ее предикативности	Первичный дефект - нарушение активной, продуктивной речи. Проявляется, главным образом, в речевой спонтанности и инактивности. В настоящее время выделены два варианта динамической афазии (Ахутина, 2002). Первый вариант характеризуется преимущественным нарушением функции речевого программирования, в связи с чем больные пользуются, в основном, готовыми речевыми штампами, не требующими специальной «деятельности программирования». Их речь отличается бедностью, односложностью ответов в диалоге. При втором варианте преобладают нарушения функции грамматического структурирования: в речи больных данной группы выражен экспрессивный аграмматизм, который проявляется в виде ошибок «согласования», а также явлений «телеграфного стиля». Произносительные трудности в обоих вариантах незначительны
<b>Акустико-гностическая (сенсорная) афазия</b>		
Патологический очаг в области задней трети верхней височной извилины (зоны Вернике)	Патология акустического анализа и синтеза звуков речи, что приводит к нарушению фонематического слуха	Первичный дефект - речевая слуховая агнозия, лежащая в основе нарушений фонетического слуха. Расстройства фонематического слуха, в свою очередь, обуславливают грубые нарушения импрессивной речи. В клинической картине рассматриваемая форма афазии проявляется в феномене «отчуждения смысла слов», в нарушении понимания слов, обращенной речи. Звуки речи теряют для больного свое константное звучание, воспринимаются искаженно, смешиваются между собой. В результате этой звуковой лабильности в экспрессивной речи больных появляются характерные дефекты: логорея, как результат «погони за ускользающим звуком», замены одних слов другими и одних звуков другими (вербальные и литеральные парафазии)
<b>Акустико-мнестическая афазия</b>		

Поражение средней височной извилины (внеядерных отделов слуховой коры)	Данная форма афазии отличается специфичностью синдрома и наличием не одного, а нескольких центральных механизмов: 1) сужение объема акустического восприятия; 2) нарушение зрительных предметных образов-представлений	Первичный дефект - нарушение слухо-речевой памяти. Акустический дефект данной формы афазии проявляется в сфере слуховой мнестической деятельности. Больные теряют способность к удержанию в памяти воспринятой на слух информации, проявляя тем самым слабость акустических следов. Наряду с этим у них обнаруживается сужение объема запоминания. Эти дефекты приводят к трудностям понимания развернутых текстов, требующих участия слухо-речевой памяти. В собственной речи больных с этой формой афазии основным симптомом является словарный дефицит, связанный как со вторичным обеднением ассоциативных связей слова с другими словами данного семантического куста, так и с недостаточностью зрительных представлений о предмете. Из-за нарушения слухо-речевой памяти нарушается: письмо под диктовку; понимание подтекста, иносказаний, номинативная функция; устный счет
<b>Семантическая афазия</b>		
Поражение теменно-височно-затылочных областей левого полушария (зоны ГРО)	Нарушение симультанного пространственного восприятия	Первичный дефект - импрессивный аграмматизм, т.е. нарушение понимания логико-грамматических конструкций. Этот дефект является, одним из видов более общего расстройства пространственного гнозиса, а именно, способности к симультанному синтезу. В клинической картине при этой форме афазии нет грубого нарушения экспрессивной речи. Поскольку во фразовой речи основными «детальями», связывающими слова в единое целое (логико-грамматическую конструкцию), служат грамматические элементы слов, основную трудность для больных представляет выделение этих элементов из текста и понимание их смысловой роли, особенно пространственной. При этом способность к улавливанию ошибок «согласования» остается у этих больных сохранной

В клинической практике также выделяют *амнестическую и проводниковую* афазии, входящие в классическую неврологическую классификацию, и *подкорковую* афазию, описанную в работах М.К. Шохор-Троцкой и Т.А. Кучумовой. *В остром периоде логопедическую работу при афазии следует начинать как можно раньше для активизации спонтанного восстановления речи и запуска компенсаторных механизмов.*

**Дизартрия** – расстройство произносительной стороны речи, обусловленное нарушением (недостаточностью) иннервации мышц речевого аппарата. Ведущим дефектом является нарушение фонетической и просодической стороны речи, связанное с органическим поражением центральной или периферической нервной системы.

Дизартрия характеризуется следующими синдромами: нарушением мышечного тонуса артикуляционной мускулатуры, нарушением артикуляционной моторики, дискоординационными расстройствами, нарушением реципрокной иннервации, наличием насильственных движений и оральных синкинезий, нарушением проприоцептивной афферентации от мышц артикуляционного аппарата и нарушением речевого дыхания.

Степень выраженности нарушения звукопроизношения зависит от характера и тяжести поражения нервной системы. В легких случаях имеются отдельные искажения звуков, нечеткость речи; в более тяжелых отмечается «смазанная речь», имеют место



замены и пропуски звуков, страдает ее темп, выразительность, голосовые модуляции.

При тяжелых поражениях ЦНС речь становится невозможной из-за полного паралича речевых мышц. Такие нарушения называются анартрией (Винарская, 1971)

В настоящее время существуют два подхода к классификации дизартрических расстройств:

1) с учетом неврологического подхода на основе уровня локализации мозгового поражения (Правдина, 1973; Таблица 2);

2) с учетом синдромологического подхода на основе клинико-фонетического анализа произносительных расстройств речи (Панченко, 1975; Таблица 3)

### Классификация дизартрических расстройств на основе неврологического подхода

Таблица 2

Форма дизартрии	Область поражения
<b>Бульбарная</b>	Поражение ядер, корешков или периферических отделов черепно-мозговых нервов: языкоглоточного, блуждающего, подъязычного, иногда – тройничного и лицевого
<b>Псевдобульбарная</b>	Поражение корково-ядерных (кортико-бульбарных) проводящих путей
<b>Экстрапирамидная (подкорковая)</b>	Поражение подкорковых узлов и их нервных связей с различными отделами головного мозга
<b>Мозжечковая</b>	Поражение мозжечка и его проводящих путей
<b>Корковая (кинестическая, кинестетическая)</b>	Очаговое поражение коры головного мозга (премоторная и постцентральная зоны)

### Классификация дизартрических расстройств на основе синдромологического подхода

Таблица 3

Форма дизартрии	Ведущий синдром
<b>Спастика-паретическая</b>	Спастический парез в сочетании с вялыми парезами
<b>Спастика-ригидная</b>	Спастический парез и тонические нарушения управления типа ригидности
<b>Гиперкинетическая</b>	Гиперкинезы: хореические, атетоидные, миоклонии
<b>Атактическая</b>	Атаксия

*В остром периоде логопедическую работу при дизартрии следует начинать как можно раньше для предупреждения возникновения и фиксации патологических речевых стереотипов.*

**Дисфония** – расстройство голосовой функции, обусловленное патологическим состоянием органов голосообразования, может быть, как изолированным, так и в структуре дизартрии. В случае периферических параличей и парезов гортани голос может отсутствовать (афония) или иметь искаженное звучание.

Нарушения голоса крайне разнообразны. Они характеризуются недостаточностью силы (слабый, тихий, истощающийся); нарушениями его тембра (глухой, хриплый, назализованный, сдавленный, напряженный и т. д.); слабой выраженностью или отсутствием голосовых модуляций (монотонный). Проявления дисфонии могут быть также следствием охранительной реакции больного на поражение головного мозга.

*В остром периоде логопедическую работу при дисфонии следует начинать как можно раньше, что позволит предупредить фиксацию патологического голосообразования и развитие невротических реакций.*

**Дисфагия** – это обозначение нарушения функции глотания, при котором отмечается дискомфорт или затруднение продвижения пищи изо рта в желудок. Дисфагия является одним из наиболее частых и жизнеугрожающих следствий инсульта и черепно-мозговой травмы. При дисфагии также нарушается психический статус больного, вплоть до развития тяжелых депрессий.

*В остром периоде логопедическую работу при дисфагии следует начинать как можно раньше для минимизации риска развития медицинских осложнений: аспирационной пневмонии, гиповолемии (дегидратации), нарушения энергетического обмена, недостаточности питания (синдрома мальнутриции), истощения (кахексии) и смерти.*

Особенности нарушения глотания и реабилитация пациентов с дисфагией подробно описаны в Клинических рекомендациях «Диагностика и лечение дисфагии при заболеваниях центральной нервной системы (Балашова, Белкин, Зуева и др., 2013).

**Апраксии, агнозии, нарушения памяти** могут выступать как изолированными расстройствами, так и в синдроме афазии.

Особое внимание необходимо обратить на состояние **нейродинамического компонента** психической деятельности. Изменение динамических и регулирующих характеристик произвольного внимания, нарушение модально-неспецифических мнестических процессов, снижение уровня мотивации и колебание эмоционального фона обусловлены патологической заинтересованностью глубинных субкортикальных структур головного мозга. В остром периоде степень их выраженности может быть настолько грубой, что «перекрывает» симптоматику основного речевого дефекта, делая невозможным проведение развернутого логопедического обследования.

## СИТУАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Таблица 4

Обязательная составляющая модели	Описание составляющей	
Клиническая ситуация	Состояние, требующее пребывания в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии	Состояние, требующее пребывания в условиях неврологического отделения для больных с ОНМК
Группа заболеваний согласно МКБ-10	G45 Преходящие транзиторные церебральные ишемические приступы (атаки) и родственные синдромы  I60-I64 Цереброваскулярные болезни	
Профиль подразделения, медицинской организации	Отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ)	Неврологическое отделение для больных с ОНМК
Функциональная составляющая работы логопеда	1. Медико-логопедическое исследование при: <ul style="list-style-type: none"> <li>• дисфагии,</li> <li>• афазии,</li> <li>• дизартрии,</li> <li>• дисфонии.</li> </ul>	1. Медико-логопедическое исследование при: <ul style="list-style-type: none"> <li>• дисфагии,</li> <li>• афазии,</li> <li>• дизартрии,</li> <li>• дисфонии.</li> </ul>

	2. Мониторинг результативности восстановления нарушенных функций.	2. Мониторинг результативности восстановления нарушенных функций.
	3. Медико-логопедические процедуры (занятия) при: <ul style="list-style-type: none"> <li>• дисфагии (разглаживание, стимуляция чувствительности слизистых оболочек полости рта, подбор консистенции жидкой и твердой пищи, рекомендации по способу кормления);</li> <li>• афазии (стимулирование понимания и растормаживание устной речи);</li> <li>• дизартрии (регуляция тонуса и активизация подвижности мышц артикуляционного аппарата);</li> <li>• дисфонии (стимуляция голосоподачи)</li> </ul>	3. Медико-логопедические процедуры (занятия) при <ul style="list-style-type: none"> <li>• дисфагии,</li> <li>• афазии,</li> <li>• дизартрии,</li> <li>• дисфонии.</li> </ul> (Программы логопедической работы см. ниже)

## ВИДЫ И ФОРМЫ МЕДИКО-ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Нейрореабилитация в остром периоде проводится с учетом координированного комплекса мер в рамках междисциплинарного подхода. Преимущество данного подхода заключается в объединенной работе специалистов мультидисциплинарного профиля. Включение логопедов в работу мультидисциплинарных бригад (МДБ) актуализируют проблему организации медико-педагогического взаимодействия.

Логопед, как специалист, по восстановлению речи, голоса и глотания в остром периоде лечения осуществляет следующие **виды деятельности**: *диагностику, реабилитационные мероприятия (восстановительное обучение) и профилактику*, с целью оказания специализированной логопедической помощи пациентам в остром периоде.

К обязательным **формам работы** логопеда относятся:

1. *Медико-логопедические исследования* состояния глотания, голоса, речи и других когнитивных функций (в синдроме речевых расстройств);
2. *Составление индивидуальных восстановительных программ* на основе поставленных *реабилитационных целей* с учетом принципа индивидуального подхода и тяжести состояния пациента;
3. *Проведение медико-логопедических процедур (занятий)* с пациентом, мотивированным на восстановление, по устранению выявленных нарушений и профилактике вторичных функциональных наслоений;
4. *Оценка динамики состояния нарушенных функций* 1 раз в 5 - 7 дней посредством скрининговых тестов, анализа продуктивной деятельности индивидуума (речевой, рисуночной, графической и т.д.);
5. *Мониторинг результативности восстановления функций* речи, голоса и глотания, с целью оценки качества проведенных процедур;
6. *Консультативно-разъяснительная работа с родственниками больного* (лицами их замещающими) и *медицинским персоналом*;
7. *Ведение медицинской и логопедической документации* (см. Приложение В);
8. *Взаимодействие с другими медицинскими организациями* в целях дальнейшей маршрутизации пациента.

(Схема ведения пациента логопедом в остром периоде в Приложении Б)

## ДИАГНОСТИКА

Медико-логопедические исследования проводятся по показаниям с момента поступления больного в реанимационное и неврологическое отделение с целью:

- 1) углубленной клинической оценки функции глотания у пациентов с признаками дисфагии, определения перспектив кормления данной категории больных и подбора консистенции жидкой и твердой пищи (рекомендательного характера);
- 2) оценки речевого статуса у пациентов с афазиями / дизартриями и определения вида и степени выраженности речевых расстройств.

Исследования проводятся в максимально ранние сроки (1-3 сутки, исходя из тяжести состояния) для:

- предупреждения аспирации и развития аспирационной пневмонии у пациентов с нарушением функции глотания;
- быстреего запуска репаративных процессов головного мозга и профилактики возникновения патологических стереотипов у пациентов с речевыми нарушениями.

Для составления оптимальной реабилитационной программы необходимо точно диагностировать форму, вид и степень выраженности речевых и иных нарушений.

Знание патофизиологических механизмов данных расстройств является необходимым условием системного и качественного анализа нарушений речи, голоса и глотания, постановки топического и дифференциального диагноза и выведения квалифицированного заключения.

*Осуществление данного вида деятельности логопедом включает следующие профессиональные компетенции:*

- ориентировка в релевантных медицинских показателях;
- оперативное принятие диагностического решения;
- адекватное соотнесение проявления речевой патологии с особенностями нейродинамических нарушений;
- быстрое и четкое документирование результатов исследований и рекомендаций;
- оценка влияния речевых нарушений на уровень активности пациента и возможности осуществления им повседневных видов деятельности;
- определение готовности пациента и его семьи к активному участию в реабилитационном процессе.

### Порядок проведения диагностики

I. Ознакомление с медицинской документацией и проведенными исследованиями; сбор анамнеза. Установление контакта с больным.

II. Углубленное медико - логопедическое исследование функции глотания после выявления предикторов дисфагии в результате проведенного медицинской сестрой стандартизированного скринингового тестирования (см. «Диагностика и лечение дисфагии при заболеваниях центральной нервной системы. Клинические рекомендации» (Балашова, Белкин, Зуева и др., 2013)).

В целях предупреждения проникновения в дыхательные пути жидкой и твердой пищи рекомендуется следующая последовательность применения:

A. *Консистенции* тестового материала:

- 1) загущение жидкости до состояния «окутывает вилку, но быстро стекает» (вилочный тест);
- 2) жидкость;

3) загущение жидкости до состояния «держится на вилке» (вилочный тест).

4) твердая пища (не мягкий хлеб второго дня).

Б. *Объёма* тестового материала:

- 5 мл / 10 мл / 20 мл / 100 мл

По результатам диагностики логопед дает рекомендации с указанием:

1. Возможности кормления – «через рот» / «ничего через рот» (НЧР);
2. Консистенции твердой пищи;
3. Степени загущения жидкости;
4. Способа приема медикаментов (в перетертом виде с пищей / в составе инфузионной смеси);
5. Регулярности санации полости рта.

У кровати больного логопед вывешивает информационный лист с указанием данных рекомендаций.

III. Медико-логопедические исследования при афазии и дизартрии (по медицинским показаниям).

1. В момент обследования пациент должен быть в ясном сознании с уровнем бодрствования достаточным для выполнения инструкций и с отсутствием выраженных психических расстройств.

2. В остром периоде из-за тяжести состояния или повышенной истощаемости больного не всегда бывает возможным провести комплексное логопедическое обследование. В этом случае для выявления речевых нарушений логопед применяет блиц-обследование, которое позволяет оценить:

- строение артикуляционного аппарата,
- состояние мышц челюстно-лицевого аппарата,
- объем артикуляционных движений,
- особенности голосообразования и дыхания,
- состояние произносительной стороны речи,
- понимание обращенной речи,
- уровень состояния устной речи, чтения, письма.

3. При проведении обследования логопед выбирает пробы с учетом данных первичного контакта с пациентом. В Таблице 5 приводится перечень рекомендуемых для обследования заданий в остром периоде.

#### Речевые пробы, рекомендуемые для диагностики в остром периоде

Таблица 5

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

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

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

При необходимости и возможности проведения более углубленного речевого обследования можно использовать «Методику оценки речи при афазии» (Цветкова, Ахутина, Пылаева, 1981), в которой представлены задания для оценки разных аспектов импрессивной и экспрессивной речи. Внутри отдельных разделов теста задания варьируются от простых проб до сложных, что облегчает быстрый подбор заданий соответствующего уровня.

4. У больных с речевыми нарушениями исследования проводятся с учетом оценки неречевых ВПФ, таких как внимание, память, зрительно-пространственное восприятие.

5. Применение оценочной системы не только качественных, но и количественных показателей состояния нарушенных функций, позволяет более точно определить степень выраженности расстройства и динамику обратного развития дефекта.

Рекомендуется вводить шкалу оценки выполнения заданий пациентом, основываясь на Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ, 2001)

- нет нарушений – 0-4 %;
- нарушения легкой степени выраженности – 5-24 %;
- нарушения средней степени выраженности – 25-49 %;
- нарушения грубой степени выраженности – 50-95 %;
- объективно оценить нельзя (по тяжести состояния) – 96-100 %.

6. Диагностика занимает от 10 до 40 минут в зависимости от состояния больного. Повторные обследования рекомендуется проводить 1 раз в 5-7 дней.

7. По результатам диагностики специалист выводит логопедическое заключение, в котором определяет форму речевых расстройств (дисфагия, афазия, дизартрия, дисфония, речевое неафатическое нарушение вследствие поражения правого полушария, артикуляционная апраксия и др.), степень их выраженности (легкая, средняя, грубая); соотносит выявленные речевые расстройства с нарушениями других ВПФ (неспецифическое речевое нарушение вследствие когнитивного снижения) и оценивает особенности протекания нейродинамических процессов.

В остром периоде чаще диагностируются сочетанные формы афазии, что обусловлено тяжестью состояния, высокой истощаемостью больного и сложностью сопоставления различных симптомов между собой.

8. По окончании медико-логопедического исследования логопед заполняет Бланк протокола (см. Приложение Г), на основании которого, в рамках междисциплинарного взаимодействия, составляются индивидуальные программы медико-педагогической реабилитации.

## РЕАБИЛИТАЦИЯ

Нейрореабилитационные мероприятия включают в себя: медикаментозную поддержку, лечебную гимнастику, логопедические занятия, массаж, нейропсихологическую коррекцию, консультации психиатра, психотерапевтическую помощь. Максимальная эффективность восстановления достигается при *раннем начале реабилитации*, в том числе логопедических занятий (Шкловский, 2003).

Восстановление речевых нарушений проводится в комплексе с лечением основного заболевания, послужившим причиной их развития.

### Цели и задачи логопедической работы

Логопедическая помощь в остром периоде оказывается в соответствии со стандартами оказания специализированной помощи населению и показана **всем пациентам**, у которых *отмечаются расстройства речи, голоса и глотания* (см. Приложение 1)

Логопед ставит перед собой конкретные, реально достижимые, краткосрочные (не более одной недели) **цели**, исходя из синдрома и степени выраженности нарушения. Поставленные цели вытекают из необходимости преодоления первичного речевого дефекта (см. Таблицу 6) и является основанием для составления дальнейшей программы реабилитации (см. Таблицы 7-8)

I. При работе с пациентами с дисфагией в зависимости от этапа реабилитации ставятся следующие цели/задачи:

- 1) растормаживание акта глотания;
- 2) стимуляция чувствительности слизистых оболочек полости рта;
- 3) восстановление дыхательной и речевой функций;
- 4) подбор консистенции жидкой и твердой пищи для обеспечения безопасности глотания при кормлении;
- 5) выбор способа кормления, облегчающего прием пищи пациентом, и подбор объема разовой порции (5x10x20 мл).

II. При работе с пациентами с речевыми нарушениями (афазии, дизартрии, дисфонии) ставятся следующие цели/задачи:

1. *Восстановление импрессивной речи (понимания):*

- 1) дифференциация звучащих фонем;
- 2) понимание смысла слов (соотнесение слов, предъявляемых на слух, с картинками);
- 3) понимание синтаксических конструкций на слух (соотнесение синтаксических конструкций, предъявляемых на слух, с картинками);
- 4) понимание звучащего дискурса (ситуативной речи);
- 5) понимание деривационной и словоизменительной морфологии на слух (приставок, суффиксов и флексий).

2. *Восстановление экспрессивной речи (порождения речи):*

- 1) воспроизведение автоматизированной и дезавтоматизированной речи;
- 2) повторение фонем, слогов, слов, словосочетаний, предложений;
- 3) устное порождение звукоподражаний, слов, словосочетаний, предложений;
- 4) актуализация квазиспонтанного (пересказ) и спонтанного дискурса;
- 5) порождение деривационной и словоизменительной морфологии (приставок, суффиксов и флексий);
- 6) задание на оценку моторного компонента речи, в первую очередь артикуляционной апраксии (неоднократное повторение сложных в произносительном плане слов).

3. *Восстановление произносительной стороны речи:*

- 1) восстановление тонуса и подвижности мышц артикуляционного аппарата;

- 2) нормализация речевого дыхания и фонетической окраски звуков;
  - 3) восстановление мелодико-интонационной стороны речи;
  - 4) предупреждение фиксации патологических речевых стереотипов.
4. *Восстановление чтения:*
- 1) узнавание букв, слов (глобально);
  - 2) понимание смысла написанных слов, словосочетаний, предложений, текста;
  - 3) чтение вслух букв, слогов, слов, предложений, текста.
5. *Восстановление письма:*
- 1) копирование и написание под диктовку букв, слогов, слов, предложений;
  - 2) написание автоматизированных рядов;
  - 3) письменное порождение слов, словосочетаний, предложений (по рисунку, описанию, вербальным ассоциациям);
  - 4) письменное составление и заканчивание предложений с различными синтаксическими конструкциями;
  - 5) актуализация квазиспонтанного и спонтанного письменного дискурса (составление рассказа по картинке).

Основной формой проведения реабилитационных мероприятий являются медико-логопедические процедуры (занятия). Продолжительность процедуры - от 10 до 40 минут в зависимости от состояния больного.

Занятия с пациентом логопед проводит по намеченным программам с учетом принципа индивидуального подхода в палате или специально оборудованном логопедическом кабинете, соответствующем современным Стандартам оснащения (см. Приложение 1). В своей работе логопед применяет различные методы и приемы восстановительной работы с учетом поставленных целей. Выбор методических средств направлен на активизацию компенсаторных механизмов психической деятельности больного, предупреждение вторичных наслоений в его познавательной сфере, поведении и личностных ориентирах.

Логопедическая помощь оказывается при: стабильном клиническом состоянии, нормотермии, ясном сознании и уровне бодрствования достаточном для выполнения простых инструкций, отсутствии анозогнозии (полного отсутствия критики), отсутствии выраженных психических и мнестико-интеллектуальных расстройств, девиантном (неадекватном) поведении больного.

Логопед объясняет другим специалистам МДБ, какие речевые нарушения имеются у больного, в каком объеме он понимает обращенную речь и как стимулировать пациента к речевой коммуникации при разных видах деятельности (Камаева, Монро, Буракова и др., 2003).

### **Специфика логопедической работы в остром периоде**

Ведение пациентов с речевыми нарушениями в остром периоде имеет следующую специфику.

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



2. Работа с больным должна быть строго дозирована в зависимости от особенностей общего состояния пациента и носить щадящий характер (Бурлакова (Шохор-Троцкая), 1972, 1991).

3. Логопедическая работа при афатических нарушениях в остром периоде включают в себя растормаживание речи через активизацию произвольных уровней речевой деятельности. На этой стадии наиболее эффективным оказывается использование автоматизированных речевых рядов, пение, оречевление эмоционально значимых ситуаций, «оживление» речевых стереотипов, хорошо упроченных в прежней речевой практике (Ахутина, Пылаева, 1989; Шкловский, Визель, 2003). В подострой стадии заболевания восстановительное обучение проводится с расчетом на все более активное, сознательное вовлечение больного в реабилитационный процесс. Для этого применяются перестраивающие методики; их использование невозможно без перевода работы на произвольный, осознанный уровень. При этом реабилитационные мероприятия нацелены на восстановление/коррекцию индивидуальных локусов речевого дефицита (на фонетико-фонематическом, лексико-семантическом, синтаксическом или дискурсивно-прагматическом языковых уровнях), выявленных в ходе оценки речевого статуса пациента.

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

5. Подключение специфических «неречевых» видов деятельности (простейшего конструирования, срисовывания, манипуляций с предметами и т.д.) существенно дополняет и расширяет возможности логопедической работы.

6. Также у больных после инсульта и черепно-мозговой травмы помимо речевых отмечаются и эмоциональные расстройства. В тех случаях, когда у пациентов развиваются тревожность, пониженный фон настроения, фиксированность на своем заболевании, то формы и методы логопедической работы должны быть подобраны, исходя из особенностей психической деятельности и личности больного. Негативизм, раздражительность, агрессия, отказ от речевого общения и пр., могут проявляться не только в структуре синдрома, но и зависеть от степени желания и стремления пациента восстановить утраченные функции, т.е. мотивированности пациента к реабилитации в целом. Поэтому логопеду очень важно уметь выстраивать психологически целесообразные отношения с пациентом, направленные на формирование позитивных лечебных и жизненных установок.

### **Программы логопедической работы при афазии**

Восстановление речевой функции при любой из форм афазии требует системного подхода, т.е. подразумевает нормализацию всех нарушенных языковых уровней. Однако при каждой из форм афазии (см. Таблицу 6) имеются и специфические задачи, связанные с преодолением первичного речевого дефекта (Цветкова, 1979, 2004).

Таблица 6

<b>Форма афазии</b>	<b>Преодоление первичного речевого дефекта</b>
<i>Афферентная моторная афазия</i>	Восстановление артикуляционных схем отдельных звуков
<i>Эфферентная моторная афазия</i>	Восстановление способности к реализации серийных артикуляционных актов и организации сукцессивных речевых рядов
<i>Динамическая афазия</i>	Восстановление функции речевого программирования и/или преодоление расстройств грамматического структурирования

<i>Сенсорная афазия</i>	Восстановление фонематического слуха, т.е. способности к дифференциации на слух близких по звучанию фонем, а на этой основе пониманию речи в целом
<i>Акустико-мнестическая афазия</i>	Расширение слухо-речевой памяти, а также преодоление слабости следов воспринимаемой речи
<i>Семантическая афазия</i>	Устранение импрессивного аграмматизма, т.е. восстановление способности к восприятию сложных логико-грамматических оборотов речи.

Работа по преодолению вторичных расстройств понимания речи, накоплению активного словаря, нормализации грамматической стороны речи, чтения, письма показана при всех формах афазии, поскольку в той или иной мере эти стороны речи страдают при каждой из них. Объем этой работы определяется степенью выраженности того или иного дефекта, его удельным весом в общей клинической картине данного случая афазии.

*Типовые программы восстановительного обучения при разных формах афазии* дифференцируются в зависимости от степени выраженности речевого дефекта. Ниже, в Таблице 7, представлены типовые программы восстановительного обучения для разных форм афазий (Шкловский, Визель, 2003).

Таблица 7

<b>Моторная афазия афферентного типа</b>	
<i>Стадия грубых расстройств</i>	- преодоление расстройств понимания ситуативной и бытовой речи; - растормаживание произносительной стороны речи; - стимулирование простых коммуникативных видов речи; - стимулирование глобального чтения и письма.
<i>Стадия расстройств средней степени</i>	- преодоление расстройств произносительной стороны речи; - восстановление и коррекция фразовой речи; - работа над семантикой слова; - восстановление аналитико-синтетического письма и чтения.
<i>Стадия легких расстройств</i>	- дальнейшая коррекция произносительной стороны речи; - формирование развернутой речи, усложненной по смысловой и синтаксической структуре; - дальнейшая работа по восстановлению смысловой структуры слова; - работа по осмыслению сложных логико-грамматических оборотов речи; - дальнейшее восстановление чтения и письма.
<i>Восстановление письменной речи</i>	- восстановление связи «артикулема-фонема»; - восстановление способности к звуко-буквенному анализу состава слова; - восстановление навыка развернутой письменной речи.
<b>Моторная афазия эфферентного типа</b>	
<i>Стадия грубых расстройств</i>	- восстановительная программа та же, что и при афферентной моторной афазии.
<i>Стадия расстройств средней степени</i>	- преодоление расстройств произносительной стороны речи; - восстановление фразовой речи.

<i>Стадия легких расстройств</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- дальнейшая коррекция произносительной стороны речи;</li> <li>- формирование развернутой речи, усложненной по смысловой и синтаксической структуре;</li> <li>- дальнейшая работа по восстановлению смысловой структуры слова;</li> <li>- работа по осмыслению сложных логико-грамматических оборотов речи;</li> <li>- дальнейшее восстановление чтения и письма.</li> </ul>
<i>Восстановление письменной речи</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- восстановление способности к анализу звуко-ритмической стороны слова;</li> <li>- восстановление способности к звуко-буквенному анализу состава слова;</li> <li>- восстановление навыка слияния букв в слоги, слогов в слова;</li> <li>- восстановление навыка развернутой письменной речи.</li> </ul>
<b>Динамическая афазия</b>	
<i>Стадия грубых расстройств</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- повышение уровня общей активности больного, преодоление речевой инактивности, организация произвольного внимания;</li> <li>- стимулирование простых видов коммуникативной речи;</li> <li>- преодоление расстройств речевого программирования;</li> <li>- преодоление расстройств грамматического структурирования;</li> <li>- стимулирование письменной речи.</li> </ul>
<i>Стадия расстройств средней степени</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- восстановление коммуникативной фразовой речи;</li> <li>- преодоление персевераций в самостоятельном устном и письменном высказывании.</li> </ul>
<i>Стадия расстройств легкой степени</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- восстановление спонтанной коммуникативной фразовой речи.</li> </ul>
<b>Сенсорная афазия</b>	
<i>Стадия грубых расстройств</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- накопление обиходного пассивного словаря;</li> <li>- стимуляция понимания ситуативной фразовой речи;</li> <li>- подготовка к восстановлению письменной речи.</li> </ul>
<i>Стадия расстройств средней степени</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- восстановление фонематического слуха;</li> <li>- восстановление понимания значения слова;</li> <li>- преодоление расстройств устной речи;</li> <li>- восстановление письменной речи.</li> </ul>
<i>Стадия легких расстройств</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- восстановление понимания развернутой речи;</li> <li>- дальнейшая работа по восстановлению смысловой структуры слова;</li> <li>- коррекция устной речи;</li> <li>- дальнейшее восстановление чтения и письма.</li> </ul>
<b>Акустико-мнестическая афазия</b>	
<i>Стадия расстройств средней и легкой степени</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- расширение рамок слухового восприятия;</li> <li>- преодоление слабости слухо-речевых следов;</li> <li>- преодоление трудностей называния.</li> <li>- организация развернутого высказывания.</li> </ul>
<b>Семантическая афазия</b>	

<i>Стадия расстройств средней и легкой степени</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- преодоление пространственной апрактогнозии;</li> <li>- восстановление способности понимания слов с пространственным значением;</li> <li>- конструирование сложноподчиненных предложений;</li> <li>- восстановление способности понимания логико-грамматических ситуаций;</li> <li>- работа над развернутым высказыванием.</li> </ul>
--	---

### **Программы логопедической работы при дизартрии**

В остром периоде инсульта и черепно-мозговой травмы чаще применяется классификация дизартрических расстройств с учетом локализации очага поражения (Таблица 8)

Таблица 8

<b>Бульбарная дизартрия</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи;</li> <li>- преодоление гипотонуса в мимической и артикуляционной мускулатуре;</li> <li>- развитие подвижности мышц артикуляционного аппарата;</li> <li>- нормализация речевого дыхания;</li> <li>- нормализация фонетической окраски звуков;</li> <li>- восстановление мелодико-интонационной стороны речи;</li> <li>- развитие контроля над произносительной стороной речи.</li> </ul>
<b>Псевдобульбарная дизартрия</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи;</li> <li>- преодоление гипертонуса в мимической и артикуляционной мускулатуре;</li> <li>- развитие подвижности мышц артикуляционного аппарата;</li> <li>- нормализация речевого дыхания;</li> <li>- нормализация фонетической окраски звуков;</li> <li>- восстановление мелодико-интонационной стороны речи;</li> <li>- развитие контроля над произносительной стороной речи.</li> </ul>
<b>Подкорковая / экстрапирамидная дизартрия</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи;</li> <li>- снижение степени проявления синдрома ригидности в мышцах речевой моторики;</li> <li>- формирование синхронной деятельности отделов дыхания, голосообразования, звукопроизношения;</li> <li>- развитие подвижности мышц артикуляционного аппарата;</li> <li>- нормализация речевого дыхания;</li> <li>- нормализация фонетической окраски звуков;</li> <li>- восстановление мелодико-интонационной стороны речи;</li> <li>- развитие контроля над произносительной стороной речи.</li> </ul>
<b>Мозжечковая дизартрия</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи;</li> <li>- формирование синхронной деятельности отделов дыхания, голосообразования, звукопроизношения;</li> <li>- развитие подвижности мышц речевого аппарата;</li> <li>- нормализация речевого дыхания;</li> <li>- нормализация фонетической окраски звуков;</li> <li>- восстановление мелодико-интонационной стороны речи;</li> <li>- развитие контроля над произносительной стороной речи.</li> </ul>

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

## **Ведение пациентов с дисфонией**

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

*Этапы логопедической работы при дисфонии:*

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

## **Ведение пациентов с дисфагией**

Нарушение функционального взаимодействия структур, участвующих в акте глотания, приводит к тому, что пациент перестает полноценно питаться.

Дезорганизация сенсомоторного уровня управления процессом глотания обуславливает появление симптомов нейрогенной дисфагии. Отсутствие или ослабление контроля, слабость лицевых мышц, ограничение движений нижней челюсти, губ, языка, мягкого нёба приводит к затруднению продвижения пищи и жидкости из ротовой полости к глотке.

В остром периоде основная роль по ведению пациентов с нарушениями глотания отводится логопеду.

*Этапы логопедической работы при дисфагии:*

- 1) подбор типа питания (выбор консистенции и степени загущения жидкой и твердой пищи) для обеспечения энергопотребности организма пациента;
- 2) определение правильного позиционирования (создание условий, облегчающих прием пищи пациентом), способа и объема кормления (подбор разовой порции);
- 3) стимуляция чувствительности слизистых оболочек полости рта;
- 4) нормализация дыхательной и голосовой функций;
- 5) стимуляция акта глотания;
- 6) повышение функциональной активности мышц, участвующих в акте жевания и глотания пищи – жевательных, мимических мышц и мышц языка;
- 7) контроль за регулярной санацией ротовой полости;
- 8) обучение пациентов и лиц, осуществляющих уход за ними, правилам кормления и гигиеническому уходу за полостью рта.

## **Недопустимые действия при речевых нарушениях**

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

- заниматься постановкой звуков и повторением алфавита;
- применять на занятиях зеркало при корковой апраксии;
- обсуждать больного в его присутствии и говорить о больном в третьем лице;
- прерывать больного, акцентировать внимание на совершаемых им ошибках в речи (это может вызвать сильную негативную реакцию и привести к полному отказу пациента от речевого общения);
- полностью опираться на невербальные средства коммуникации;
- отвечать родственникам за больного, способного к минимальному речевому общению;

- говорить с больным монотонно, в быстром темпе, длинными фразами;
- предъявлять к больному завышенные требования и разговаривать с больным резким тоном.

## **МЕТОДЫ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ**

### **Дыхательная речевая гимнастика**

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

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

Дыхательные упражнения в остром периоде проводятся с учетом тяжести состояния больного и зависят от степени его психической активности. Применяются, как пассивные, так и активные приемы работы.

Нормализация дыхания в результате выполнения гимнастики улучшает функциональную деятельность всех органов и систем, активизирует механизмы саморегуляции.

### **Голосовые упражнения**

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

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

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

### **Логопедический массаж**

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

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

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

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

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

В логопедической практике могут быть использованы несколько видов массажа:

- дифференцированный (активизирующий или расслабляющий) массаж, основанный на приемах классического массажа;
- точечный массаж, т.е. массаж по биологически активным точкам (активизирующий или расслабляющий);
- массаж с применением специальных приспособлений (шпатели, зондозаменители) или зондовый массаж;
- элементы самомассажа.

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

#### **Артикуляционная гимнастика**

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

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

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

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

#### **Функциональные тренировки**

Преодоление нарушений неспецифических компонентов высшей психической деятельности, таких как речевая инактивность, аспонтанность, вязкость, инертность и др., снятие симптомов диашиза (охранительного торможения) в остром периоде инсульта и черепно-мозговой травмы является важной частью логопедической работы. В целях уменьшения выраженности персевераций, восстановления оптико-пространственных координат, укрепления мнестической функции, преодоления расстройств мануального праксиса, повышения общей активности больного и функции произвольного внимания, проводятся функциональные тренировки.

*Функциональные тренировки* включают в себя различные виды речевой и неречевой деятельности: выполнение графо-моторных упражнений; конструирования; счетных операций; рисования; трактовку пословиц и поговорок; раскладывание серий сюжетных картин; прослушивание текстов; запоминание групп предметных картинок и слов; заучивание стихов и многое др.

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

### **Аппаратные технологии**

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

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

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

### **Информационно-компьютерные технологии (ИКТ)**

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

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

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

Обучающие компьютерные программы, по сравнению с традиционными методическими средствами, обеспечивают новые возможности диагностики и восстановления или компенсации речевых нарушений.

## **ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ И ИХ РОДСТВЕННИКОВ**

В остром периоде инсульта или черепно-мозговой травмы часто нарушается взаимоотношение человека с окружающим миром и в той или иной мере изменяется сама личность больного. Все это приводит к психической и социальной дезадаптации.

На этом этапе важнейшими задачами восстановительной работы является обучение пациентов и их родственников эффективным коммуникативным стратегиям и формирование долгосрочной мотивации на достижение положительного результата.

Для решения данной задачи логопед осуществляет следующие виды деятельности:

1. Проводит разъяснительную работу с больным и его родственниками, направленную на понимание характера имеющихся нарушений у больного. Логопед объясняет доступным языком, какие имеются нарушения у больного и как они влияют на его коммуникативные способности, доводит до сведения, что:

- *афазия* – это системное нарушение речевой деятельности человека, а не снижение его интеллектуальных способностей;
- *дизартрия* – нарушение произносительной стороны речи;
- *дисфагия* – нарушение, которое вызывает у больного затруднения при жевании и глотании пищи;
- *дисфония* – это нарушение, связанное с функциональными изменениями в мышцах голосового аппарата.



2. Осуществляет психологическую поддержку больного и его семьи. Учитывая крайне угнетенное состояние пациента, частое проявление приступов раздражения, негативизма и даже агрессии в остром периоде, логопед разъясняет родственникам больного необходимость проявления выдержки и такта в обращении с больным; настраивает их на долгосрочность работы с имеющимися нарушениями. При этом больному и его окружению логопед объясняет, что результативность восстановления во многом зависит от активной позиции самого пациента и его мотивации, т.е. положительного настроя на проведение реабилитационных мероприятий.

3. Обучает родственников пациента с нарушением глотания правилам организации рационального питания и позиционирования больного во время кормления; разъясняет необходимость регулярной санации ротовой полости пациента.

4. Логопед объясняет лицам, ухаживающим за пациентом, что больного следует терпеливо побуждать к речи и стараться вырабатывать у него социально значимую потребность в общении.

5. Логопед обучает пациента и родственников распознаванию улучшения в речевой деятельности, т.к. умение видеть динамику восстановления положительно влияет на больного и его окружение, стимулирует пациента к еще более активной коммуникации. За время проведения логопедических занятий логопед настоятельно просит родственников пациента отмечать положительные изменения в его речевой деятельности и применять коммуникативные стратегии для облегчения взаимодействия пациента с окружающими его людьми.

6. Обучает родственников и пациента коммуникативным стратегиям и разъясняет необходимость помощи больному с речевыми расстройствами в овладении речью, чтением и письмом.

При выборе подходящих коммуникативных стратегий логопед должен отталкиваться от имеющегося речевого нарушения, понимания сильных и слабых звеньев речевой системы у данного пациента. Так, если нарушения лежат в области экспрессивной речи, то пациенту важно предложить альтернативные способы коммуникации: письмо, жесты, а также научить способам стимулирования речи.

Напротив, если трудности в большей степени проявляются в импрессивной речи, то акцент надо сделать на том, чтобы родственники в максимально простой форме могли доносить информацию до пациента.

*Коммуникативные стратегии для родственников больного:*

- Постарайтесь зафиксировать взгляд больного.
- Уменьшите, по возможности, посторонние шумы (радио, телевизор), мешающие общению с человеком, у которого нарушена речь.
- Начните с простого. Расскажите что-нибудь несложное о себе, а потом задайте вопрос, на который вы сами уже знаете ответ.
- Говорите медленно, используя короткие предложения и интонационно выделяя наиболее важные слова.
- Помогите больному преодолеть коммуникативный барьер с помощью указаний, жестов, рисунков или письма. Просите больного самого указывать, обозначать жестами, рисовать или писать что-то.
- Позаботьтесь о том, чтобы у вас под рукой всегда были бумага и ручка. Записывайте наиболее важные слова, чтобы было легче следить за ходом разговора и вспоминать его содержание.
- Помогайте больному, обращайтесь вместе с ним к карманному словарю. В него включите картинки, пиктограммы и слова, которые важны для человека, страдающего афазией.
- Дайте больному время высказаться и не заканчивайте за него предложения. Помните, что разговор с больным с афазией требует времени и терпения.

Несмотря на данные рекомендации, если вы все-таки не сможете полностью понять друг друга, отдохните и попробуйте продолжить разговор позже.

*Следующие коммуникативные стратегии подойдут для самого больного:*

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

О данных рекомендациях должны быть проинформированы другие члены мультидисциплинарной бригады, чтобы они могли максимально эффективно взаимодействовать с пациентом.

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

## ПРОФИЛАКТИКА

Работа логопеда в остром периоде направлена на восстановление нарушенных функций, что позволяет предотвратить развитие необратимых последствий расстройств речи, голоса и глотания.

1. Логопедическая работа по восстановлению нарушения глотания является профилактикой таких серьезных осложнений, как асфиксия и аспирационная пневмония, что **уменьшает количество летальных исходов**.

2. Восстановление речи и других ВПФ препятствует развитию социальной и психической дезадаптации, астено-депрессивных и невротических состояний, что в свою очередь **снижает уровень инвалидизации** населения.

3. Решающее значение для восстановления нарушенных функций принадлежит **раннему началу** логопедических мероприятий, основной целью которых является «профилактика образования устойчивых патологических систем... или уменьшение степени выраженности их за счет активации саногенетических механизмов и разрушения патологических систем с привлечением как медикаментозных, так и не медикаментозных методов воздействия» (Гудкова В.В, Стаховская Л.В., Кирильченко Т.Д., Ковражкина Е.А., Чекнева Н.С., Квасова О.В., Петрова Е.А., Иванова Г.Е., 2005).

Опасностью развития и прогрессирования вторичных патологических состояний в речевой функции может стать появление и закрепление словесных эмболов, штампов, «телеграфного стиля» общения, ненормативного речевого дыхания и др.

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

## КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

1. учет количественных показателей:
  - а) сокращение времени пребывания в ОРИТ и общей продолжительности госпитализации;

- б) анализ ведения медицинской и логопедической документации (их наличие, исполнение, учет основных показателей в баллах/в процентах);
- 2. анализ качественных показателей:
  - а) определение степени достижения поставленной цели;
  - б) уменьшение степени выраженности нарушений речи, голоса и глотания;
  - в) степень удовлетворенности пациента и родственников больного результатом проведенных логопедических мероприятий и улучшения качества жизни пациента;
  - г) степень удовлетворенности своей деятельностью самим логопедом (самооценка).

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

## ЛИТЕРАТУРА

### *Литература, цитируемая в рекомендациях:*

1. Гудкова В.В., Стаховская Л.В., Кирильченко Т.Д., Ковражкина Е.А., Чекнева Н.С., Квасова О.В., Петрова Е.А., Иванова Г.Е. Ранняя реабилитация после перенесенного инсульта. М., 2005.

### *Литература, использованная при подготовке рекомендаций:*

1. Ахутина Т.В. Нейролингвистический анализ динамической афазии. Второе доп. и исправл. издание. М., Изд-во Теревинф, 2002.
2. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Система методов восстановительного обучения при грубой речевой патологии // Проблемы патологии речи. Отв. редактор В.В. Ковалев. М., 1989, с. 10-12.
3. Бадалян Л.О. Детская неврология. М., Изд-во Медицина, 1984.
4. Бурлакова М.К. (Шохор-Троцкая). Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления. М., 1972.
5. Бурлакова М.К. Коррекционно-педагогическая работа при афазии. М.: Просвещение, 1991.
6. Винарская Е.Н. и Пулатов А.М. Дизартрия и ее топиико-диагностическое значение в клинике очаговых поражений мозга, Ташкент, 1973
7. Глозман Ж.М. Мотивационные и личностные аспекты реабилитации больных с афазией. / В кн.: Актуальные проблемы современной психологии. М.: Изд-во МГУ, 1983, с. 212-215
8. Дьякова Е.А. (2006). Основные принципы использования логопедического массажа в коррекционно-педагогической работе. // Логопед в детском саду, №5-6.
9. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта. М; Миклош, 2003.
10. Камаева О.В., Полина Монро, Буракова З.Ф. и др. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Методическое пособие. Часть 1. Организация Инсультного Блока / Под ред. А.А. Скоромца. – СПб., 2003.
11. Кучумова Т.А. "Подкорковая" афазия и основные направления коррекционно-педагогической реабилитации. Диссертация ... кандидата педагогических наук: 13.00.03. - Москва, 2000. - 177 с.
12. Лаврова Е.В. Логопедия. Основы фонологии. М., 2007
13. Лурия А.Р. Травматическая афазия. М.: Изд-во АМН СССР, 1947.
14. Лурия А.Р. Восстановление функций мозга после военной травмы. – Изд-во АМН СССР, 1948.

15. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., Академия, 2002.
16. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М., МГУ, 1969.
17. Оппель В.В. Восстановление речи после инсульта. Л.: Медицина, 1972.
18. Панченко И.И., Щербакова Л.А. Медико-педагогическая характеристика детей с дизартрическими расстройствами и анартрией, страдающих церебральными параличами и особенности логопедической работы // Нарушение речи и голоса у детей и взрослых. - М.:МГПИ им. В.И. Ленина, 1975.
18. Правдина О. В. Логопедия. / Учеб. пособие для студентов дефектолог. фак-тов пед. ин-тов. Изд. 2-е, доп. и перераб.- М.: "Просвещение", 1973.
19. Ранняя реабилитация больных с инсультом: Методические рекомендации №44. – М.: Изд-во РУДН, 2004, – 40 с.: ил.
20. Цветкова Л.С. (ред.) Проблемы афазии и восстановительного обучения. /М.: Изд-во МГУ, 1979, с. 162.
21. Цветкова Л.С., Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Методика оценки речи при афазии. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1981.
22. Цветкова Л.С., Глозман Ж.М., Калита Н.Г., Максименко М.Ю., Цыганок А.А. Социально-психологический аспект реабилитации больных с афазией. М.: Изд-во МГУ, 1980, 82 с.
23. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. Москва-Воронеж, 2004.
24. Шкловский В.М. Концепция нейрореабилитации больных с последствиями инсульта.-Ж. Неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, вып.8, М.,2003 г.,с. 10-23.
25. Шкловский В.М., Визель Т.Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. М.: «Ассоциация дефектологов», В. Секачев, 2011.
26. Шохор-Троцкая М.К. (Бурлакова). Стратегия и тактика восстановления речи. М.: В. Секачев, Эксмо-Пресс, 2001.
27. de Jong-Hagelstein, M., van de Sandt-Koenderman, W.M., Prins, N.D., Dippel, D.W., Koudstaal, P.J., Visch-Brink, E.G. (2011). Efficacy of early cognitive-linguistic treatment and communicative treatment in aphasia after stroke: a randomised controlled trial (RATS-2). *Journal of Neurology, Neurosurgery, & Psychiatry*, 82, 399-404.
28. Duffy, J.R., Fosset, T.R.D., & Thomas, J.E. (2011). Clinical practice in acute care hospital setting. In L. L. LaPointe (Eds.), *Aphasia and related neurogenic language disorders* (pp. 88-112). New York: Thieme.
29. European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management-update. *Cerebrovascular diseases*, 2003.
30. Holland, A. & Fridriksson, J. (2001). Aphasia management during the early phases of recovery following stroke. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 10(1).19-28.
31. Johnson, A. F., Valachovic, A.M., & Gearing, K.P. (1998). Speech-language pathology practice in the acute care setting: a consultative approach. In A.F. Johnson & B.H. Jacobson (Eds.), *Medical speech-language pathology: A practitioner's guide* (pp. 96-130). New York: Thieme.
32. Marshall, R.C. (1997). Aphasia treatment in the early postonset period: managing our resources effectively. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 6, 5-11.
33. Rofes L.et al., (2013) *Neurogenic and oropharyngeal dysphagia*. Annals of The New York Academy of Sciences. Volume 1300 The 11th OESO World Conference: Reflux Disease

## СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ

1. Иванова М.В., к. психол.н., ст. научн. сотрудник научно-учебной лаборатории нейролингвистики НИЦ ВШЭ, психолог (Москва)
2. Ларина О.Д., ведущий научн. сотрудник ЛРНЦ «Русское поле» ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» МЗ РФ, доцент МПГУ Института детства (кафедра логопедии), член СРР, член РАД, логопед (Москва)
3. Норвилс С.Н., руководитель Комитета по логопедии СРР, член СРР, логопед (Москва)
4. Царева И.В., заслуженный работник здравоохранения республики Марий Эл, член СРР, логопед (Москва)

## МЕТОДОЛОГИЯ

### Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

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

**Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:** доказательной базой для рекомендаций явились публикации, вошедшие в базу данных PUBMED, MEDLINE, eMedicine. Глубина поиска составила 5 лет.

### Методы, использованные для оценки качества доказательств:

- консенсус экспертов
- консультации и экспертная оценка

### Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

### Метод валидации рекомендаций:

- внешняя экспертная оценка
- внутренняя экспертная оценка

### Описание методов валидации рекомендаций

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

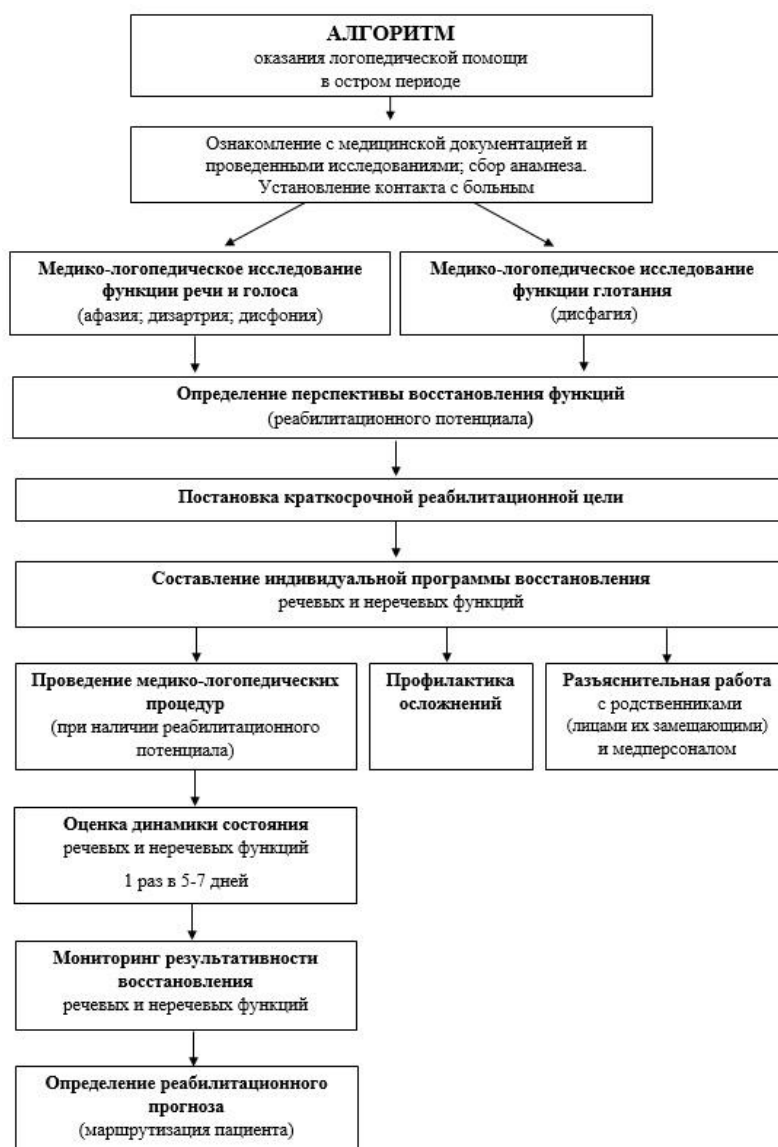
Получены комментарии со стороны логопедов, медицинских психологов, врачей-неврологов, реаниматологов отделений/палат интенсивной терапии и реанимации, в отношении доходчивости изложения материала и его важности, как рабочего инструмента повседневной практики. Комментарии, полученные от экспертов, регистрировались, тщательно анализировались и обсуждались членами рабочей группы. Принятые решения обосновывались и так же регистрировались. Предварительная версия была размещена для широкого обсуждения на сайте [www.rehabrus.ru](http://www.rehabrus.ru) Последние изменения в настоящих рекомендациях были представлены для дискуссии на конгрессе «Нейрореабилитация 2015» в июне 2015 г.

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

**Связанные рекомендации профессиональных медицинских сообществ РФ**  
[\[http://rehabrus.ru/materialyi/normativnaya-baza-i-klinicheskie-rekomendaczii/\]](http://rehabrus.ru/materialyi/normativnaya-baza-i-klinicheskie-rekomendaczii/)

1. «Диагностика и лечение дисфагии при заболеваниях центральной нервной системы».
2. «Постуральная коррекция в процессе проведения реабилитационных мероприятий пациентов с очаговым поражением головного мозга».
3. «Клинико-психологическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями регуляторных функций при повреждениях головного мозга».
4. «Клинико-психологическая диагностика и клинико-психологическая реабилитация пациентов с нарушениями памяти при повреждениях головного мозга».
5. «Клинико-психологическая реабилитация пациентов с апраксиями при повреждениях головного мозга».
6. «Нейропсихологическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями сознания после повреждения головного мозга».
7. «Реабилитация в интенсивной терапии».

**СХЕМА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА ЛОГОПЕДОМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ**



## ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТА И ПАЦИЕНТА

**1. Федеральный закон** от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Статья 40. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение.

**2. Международная классификация болезней МКБ-10 (ICD-10)**

Класс: IX. I00-I99. Болезни системы кровообращения

Блок: I60-I69. Цереброваскулярные болезни

*Исключено:* сосудистая деменция (F01.); травматическое внутримозговое кровоизлияние (S06.); транзиторные церебральные ишемические приступы и родственные синдромы (G45.)

**3. МКФ - международная классификация функций (2001 г.)**

**4. Положение о логопед**

Утверждено Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 декабря 1998 г. № 383 «О специализированной помощи больным при нарушениях речи и других высших психических функций».

### *1. Общие положения*

1.1. Логопед - специалист с высшим педагогическим дефектологическим образованием по специальности логопедия, владеющий методами нейропсихологического обследования больных с нарушениями речи и других высших психических функций, индивидуального и группового восстановительного обучения, теоретическими и практическими знаниями в области дефектологии, предусмотренными программой подготовки в соответствии с требованиями квалификационной характеристики, и получивший сертификат по логопедии.

1.2. В своей работе руководствуется действующим законодательством Российской Федерации по вопросам образования и охраны здоровья граждан, приказами Минздрава России, Минобразования России, органов управления образованием и здравоохранением, и настоящим Положением.

1.3. Подчиняется руководителю учреждения и его заместителю.

1.4. Назначается на должность и увольняется с должности в соответствии с действующим законодательством.

### *2. Обязанности*

2.1. Проводит диагностическое обследование больных с нарушениями речи и других высших психических функций.

2.2. Совместно с врачом составляет индивидуальные программы медицинской и педагогической реабилитации больных с нарушениями речи и других высших психических функций (афазии, дизартрии, агнозии, апраксии, дислексии, дисграфии, заикание, задержки речевого развития и др.).

2.3. В соответствии с намеченными программами проводит индивидуальные и групповые занятия с больными.

2.4. По мере необходимости организует консультации с врачами и другими специалистами.

2.5. Проводит консультативную работу с родственниками больных, в том числе в части рекомендаций относительно занятий с больными в домашних условиях.

2.6. Имеет график работы непосредственно с пациентами в соответствии с действующими штатными нормами педагогической работы в учреждениях здравоохранения.

Подготовка пособий, оформление документации, работа с родственниками, консультации со специалистами и другие виды деятельности осуществляются вне графика работы с пациентами.

2.7. Совместно с врачом участвует в ведении медицинской документации с записями содержания консультации, результатов логопедического обследования, индивидуальной программы педагогической реабилитации, этапных эпикризов с указанием динамики состояния пациента не реже 1 раза в 5-7 дней, заключительного эпикриза. Ведет Дневник работы логопеда.

2.8. В конце календарного года представляет годовой отчет о работе главному логопеду органа управления здравоохранением.

2.9. Повышает свою квалификацию по дефектологии на циклах усовершенствования не реже одного раза в 5 лет.

2.10. Внедряет в практику современные методы логопедической помощи.

#### *4. Ответственность логопеда*

В случае нарушений прав граждан в области охраны здоровья, недобросовестного выполнения своих профессиональных обязанностей и нарушения педагогической этики несет ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

#### **5. Квалификационная характеристика**

Утверждено Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 августа 2010 г. № 761н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников образования».

Квалификационная характеристика каждой должности имеет три раздела: «Должностные обязанности», «Должен знать» и «Требования к квалификации».

#### **Учитель-дефектолог, учитель-логопед (логопед)<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Наименование должности «Логопед» в образовательных учреждениях не применяется, а используется в учреждениях здравоохранения и социального обслуживания.

**Требования к квалификации.** Высшее профессиональное образование в области дефектологии без предъявления требований к стажу работы.

Согласно приказу, в пункте III о должностях педагогических работников определены должностные обязанности и требования к компетенциям логопеда.

#### **Пример должностных инструкций для внутреннего приказа учреждения.**

*Основными направлениями деятельности логопеда являются:*

1. Проведение комплекса нейрореабилитационных мероприятий с учетом нейропсихологических и нейролингвистических аспектов восстановительного обучения для больных с нарушениями речи, голоса, глотания.

2. Оказание консультативной и методической помощи родственникам больных (лицам, их замещающих) с целью вторичной профилактики расстройств речи, голоса и глотания.

*Логопед выполняет следующие должностные обязанности:*

1. осуществляет:

- медико-логопедические исследования при афазии, дизартрии и дисфагии в соответствии со стандартом оказания специализированной медицинской помощи пациентам с очаговыми поражениями головного мозга в остром периоде;

- отбор пациентов для проведения логопедических занятий по медицинским показаниям и наличием благоприятного прогноза восстановления (ясное сознание с уровнем бодрствования достаточным для выполнения простых инструкций; отсутствие выраженных психических и мнестико-интеллектуальных расстройств);

- консультирование родственников (лиц, их замещающих) по вопросам логопедической помощи с учетом принципов этики и деонтологии;



- междисциплинарное взаимодействие с врачами, средним медицинским персоналом и другими специалистами смежных профессий;
- маршрутизацию больных с речевой патологией, на основе принципа преемственности (разовая консультация в Центре патологии речи и нейрореабилитации в рамках ОМС);

- просвещение среднего медицинского персонала отделения в области логопедических знаний (обучающая Школа для медицинских сестер).

2. анализирует:

- результаты медико-логопедического исследования с целью определения вида и степени выраженности имеющихся у пациентов нарушений речи, голоса и глотания;

- результаты углубленной клинической оценки функции глотания с целью определения перспектив кормления пациента и подбора консистенции пищи для больных с нарушением глотания;

- распределение времени логопедических занятий и степени нагрузки на пациента, с учетом тяжести его состояния;

- адекватность выбранных приемов и методов восстановительного обучения с учетом возрастных, психологических и физиологических особенностей пациентов;

- результативность проведенной коррекционно-восстановительной работы и проблемы, возникшие в ходе проведения реабилитационных мероприятий.

3. планирует и проводит:

- индивидуальные занятия (медико-логопедические процедуры) с больными по коррекции имеющихся у них нарушений в соответствии с восстановительной программой в палате или специально оборудованном кабинете;

- мониторинг состояния нарушенных функций посредством апробированных тестов и продукции деятельности индивидуума;

- консультации родственников больных (лиц, их замещающих) по вопросам оказания логопедической помощи пациентам нарушениями речи, голоса и глотания в домашних условиях;

- внедрение в практику инновационных методов медико-психолого-педагогического воздействия с помощью логопедического массажа, активной и пассивной кинезиотерапии и аппаратных видов лечения для комплексной реабилитации больных с нарушением речи, голоса и глотания;

- публичные выступления, лекции с просветительской целью в рамках своей компетенции.

4. содействует:

- созданию предпосылок и специальных условий для предупреждения, преодоления эмоционально-личностных и поведенческих расстройств у больных с нарушениями речи, голоса и глотания.

## **6. Номенклатура должностей педагогических работников**

Постановление Правительства Российской Федерации от 08 августа 2013 г. № 678 «Об утверждении номенклатуры должностей педагогических работников организаций, осуществляющих образовательную деятельность, должностей руководителей образовательных организаций».

I. Должности педагогических работников организаций, осуществляющих образовательную деятельность.

2. Должности иных педагогических работников:

*Логопед, Учитель-дефектолог, Учитель-логопед.*

*Примечания:* 2. Наименование должности «логопед» предусмотрено для организаций сферы здравоохранения и социального обслуживания, осуществляющих образовательную деятельность в качестве дополнительного вида деятельности.

## **7. Норма продолжительности рабочего времени логопеда учреждений здравоохранения РФ**

Утверждено Приказом Министерства образования и науки РФ от 22 декабря 2014 г. № 1601 «О продолжительности рабочего времени (нормах часов педагогической работы за ставку заработной платы) педагогических работников и о порядке определения учебной нагрузки педагогических работников, оговариваемой в трудовом договоре».

Продолжительность рабочего времени (нормы часов педагогической работы за ставку заработной платы) педагогических работников:

2.8.1. Норма часов учебной (преподавательской) работы 18 часов в неделю за ставку заработной платы устанавливается:

- логопедам медицинских организаций и организаций социального обслуживания.

## **8. Норма нагрузки логопеда учреждений здравоохранения РФ**

Утверждено Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 декабря 1998 г. № 383 «О специализированной помощи больным при нарушениях речи и других высших психических функций» и подтверждено в Приказе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 22 августа 2005 г. № 534 г. Москва «О мерах по совершенствованию организации нейрореабилитационной помощи больным с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы».

Расчетные нормы нагрузки логопедов устанавливаются:

1. Для взрослых пациентов:

1.1. При индивидуальной работе с больными, имеющими тяжелые расстройства (афазии, дизартрии, дислексии, дисграфии, логоневрозы, дисфонии и др.) - 1,5 посещения в час.

При работе с больными на дому - 1 посещение в час.

1.2. При проведении групповых логопедических занятий с больными с афазией, дизартрией, дислексией, дисграфией, дисфонией - 6 - 8 посещений в час, с больными, страдающими логоневрозом (заикание и др.) - 8 - 10 посещений в 1,5 часа.

## **9. Продолжительность ежегодного основного удлиненного оплачиваемого отпуска логопеда**

Постановление Правительства Российской Федерации от 14 мая 2015 г. № 466 «О ежегодных основных удлиненных оплачиваемых отпусках»

Наименование должностей работников	Продолжительность ежегодного основного удлиненного оплачиваемого отпуска
IV. Организации, осуществляющие обучение	
2. Педагогические работники, должности которых указаны в разделе I номенклатуры должностей, работающие в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, <b>организациях, осуществляющих лечение</b> , организациях, осуществляющих социальное обслуживание, а также в центрах психолого-педагогической, <b>медицинской и социальной помощи</b> , создаваемых в соответствии со статьей 42 Федерального закона "Об образовании в Российской Федерации"	56

## **10. Надбавка к зарплате дефектологам, логопедам и другим педагогическим работникам системы здравоохранения РФ**

- Письмо Минобразования РФ от 12 января 1993 г. № 10-32-Т - учителям-дефектологам и логопедам повышение оклада в связи с особо тяжелыми условиями труда на 15%.

- Дополнения от 3 октября 2005 г. № 41-18-532 «О внесении изменений и дополнений в Постановление Правительства РФ» - с 1 августа 2005 г. введен коэффициент к ставке Единой тарифной сетки учителям-дефектологам, логопедам и другим педагогическим работникам системы здравоохранения в размере 1,15 (т.е. 15%)

- Постановлением Правительства Москвы от 6 сентября 2005 года N 671-ПП «О внесении изменений и дополнений в постановление Правительства Москвы от 19 июля 2005 года N 523-ПП» для учителей и других педагогическим работников учреждений здравоохранения: специализированных домов ребенка, детских больниц (отделений), санаториев и других учреждений здравоохранения введен коэффициент к ставке (окладу) Единой тарифной сетки в размере 1,15

- Надбавки, в том числе стимулирующего характера и доплаты, установленные нормативными актами Российской Федерации по оплате труда, рассчитывать этим работникам с учетом коэффициента 1,15

### **11. Порядок оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения.**

Приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения».

1. Настоящий Порядок устанавливает правила оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения в медицинских организациях.

2. Для целей настоящего Порядка к острым нарушениям мозгового кровообращения (далее - ОНМК) относятся состояния, соответствующие кодам [I60-I64](#), [G45-G46](#) Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый пересмотр).

5. Медицинская помощь оказывается на основе *стандартов* медицинской помощи.

15. *Специализированная*, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь включает в себя диагностику, лечение ОНМК, иных заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, проведение мероприятий, направленных на предотвращение развития повторных

ОНМК, а также *медицинскую реабилитацию*.

33. Комплекс мероприятий, направленных на восстановление нарушенных вследствие ОНМК функций нервной системы, проводится бригадой специалистов Отделения, включающей врача лечебной физкультуры, врача по медицинской реабилитации, врача - физиотерапевта, *логопеда*, инструктора по лечебной физкультуре, медицинского психолога, социального работника и, *при наличии медицинских показаний*, иных специалистов с первого дня оказания медицинской помощи в Отделении и продолжается после выписки больного, перенесшего ОНМК, из Отделения медицинскими организациями, оказывающими медицинскую реабилитацию.

### **12. Стандарт специализированной медицинской помощи**

Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1740н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при инфаркте мозга».

Утвердить стандарт специализированной медицинской помощи при инфаркте мозга согласно [приложению](#).

*Приложение:* Стандарт специализированной медицинской помощи при инфаркте мозга.

**Код по МКБ X\***

\* Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра.

<b>Нозологические единицы: I.63 Инфаркт мозга</b>			
Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A13.23.001	Медико-логопедическое исследование при дисфагии	0,7	3
A13.23.002	Медико-логопедическое исследование при афазии	0,4	3
A13.23.003	Медико-логопедическое исследование при дизартрии	0,3	3

### **13. Первый этап медицинской реабилитации (острый период)**

Утверждено Приказом Минздрава России от 29.12.2012 № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации».

*Первый этап* медицинской реабилитации осуществляется в острый период течения заболевания или травмы в отделениях реанимации и интенсивной терапии медицинских организаций по профилю основного заболевания при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала) и отсутствии противопоказаний к методам реабилитации.

Реабилитационные мероприятия в рамках медицинской реабилитации реализуются при взаимодействии... специалистов, имеющих высшее немедицинское образование (логопедов, медицинских психологов, инструкторов-методистов по лечебной физкультуре, специалистов по социальной работе, учителей-дефектологов).

### **14. Порядок оказания ранней нейрореабилитационной помощи**

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 22 августа 2005 г. № 534 г. Москва, «О мерах по совершенствованию организации нейрореабилитационной помощи больным с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы».

2. Оказание нейрореабилитационной, в том числе ранней нейрореабилитационной помощи больным с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы начинается осуществляться в реанимационных отделениях или в палатах интенсивной терапии.

При стабилизации жизненно важных функций и выхода из коматозного состояния пациенты переводятся из реанимационного отделения или блока интенсивной терапии в неврологическое, нейрохирургическое, реабилитационное отделения, в которых при благоприятном прогнозе определяются в палаты ранней нейрореабилитации для оказания ранних нейрореабилитационных мероприятий.

Показаниями для перевода больных в палаты ранней нейрореабилитации являются: *нарушения глотания, выраженные нарушения двигательных и высших психических функций, в том числе речи, с благоприятным прогнозом; ясное сознание с уровнем бодрствования, достаточным для выполнения инструкций; отсутствие выраженных психических расстройств.*

3. Палаты ранней нейрореабилитации осуществляют деятельность по:

- профилактике тяжелых последствий инсульта и черепно-мозговой травмы и проведению восстановительных мероприятий больным с выраженными нарушениями двигательных и высших психических функций в максимально ранние сроки. При этом в неврологических, нейрохирургических и реабилитационных отделениях, в которых создаются палаты ранней нейрореабилитации, устанавливается дополнительная численность медицинского и другого персонала (инструктор по лечебной физкультуре, медицинский психолог и логопед);

- проведению комплексных медицинских, медико-психологических, медико-педагогических и медико-социальных мероприятий, включающих медикаментозное лечение, физиотерапию, лечебную физкультуру и массаж, систематическую работу по стабилизации функции дыхания, *восстановлению глотания*, нарушенных когнитивных функций (внимания, восприятия, памяти, праксиса и гнозиса). При необходимости используются приемы *растормаживания речи* с помощью средств невербальной коммуникации.

6. Больные со стойкими нарушениями речи и других высших психических функций, нарушениями опорно-двигательного аппарата из вышеуказанных отделений могут быть направлены в отделения Центра патологии речи и нейрореабилитации: стационар на дому, стационар с круглосуточным пребыванием, дневной стационар.

### 15. Номенклатура медицинских услуг

В соответствии со статьей 14 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» согласно Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 года № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» утверждена Номенклатура медицинских услуг.

Согласно приложению:

Класс "А" включает медицинские услуги, представляющие собой определенные виды медицинских вмешательств, направленные на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющие самостоятельное законченное значение.

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги
A13.23.001	Медико-логопедическое исследование при дисфагии
A13.23.002	Медико-логопедическое исследование при афазии
A13.23.003	Медико-логопедическое исследование при дизартрии
A13.23.004	Медико-логопедическая процедура при дисфагии
A13.23.005	Медико-логопедическая процедура при афазии
A13.23.006	Медико-логопедическая процедура при дизартрии
A13.23.007	Медико-логопедическая тонально-ритмическая процедура
A13.23.008	Медико-логопедическая процедура с использованием интерактивных информационных технологий

### 16. Оборудование логопедического кабинета

Утверждено Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 декабря 1998 г. № 383 «О специализированной помощи больным при нарушениях речи и других высших психических функций». Примерный перечень оборудования логопедического кабинета в *приложении №3*

#### ПРИМЕРНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ оборудования логопедического кабинета

*Приложение №3*

Наименование оборудования	Количество
<b>I. Помещение и дизайн</b>	
Помещение для организации приема больных площадью 14-20 кв.м	1
Помещение для индивидуальных и групповых логопедических занятий площадью 30-40 кв.м.	1
Помещение для социального работника и медицинской сестры площадью 15-20 кв.м.	1
Элементы внутреннего дизайна (облицовка стен, декоративные растения, ковровые покрытия, напольные вазы, картины, эстампы и пр.)	В соответствии с возможностями

<b>II. Аппараты и приборы</b>	
Прибор тонометрический	1
Секундомер	1
Аудио комплекс	
Магнитофон	1
Звуковой усилитель мощностью до 50 Вт с эквалайзером	
Система стереофоническая мощностью 50-100 Вт	1
Наушники стереофонические	10
Диктофон	1
Метроном	1
Диaproектор для слайдов	1
Экран	1
Наборы слайдов	1
Экспериментально-логопедические методики	10
Зеркало ручное	10
Зеркало настенное	1
Видеомагнитофон	1
Набор настольных игр для детей	2
Набор игрушек для детей	2
Телевизор	1
Персональный компьютер с программным обеспечением	1
Видеокассеты с программами по восстановлению речи и других высших психических функций	
<b>III. Медицинский инструментарий</b>	
Ножницы прямые	3
Пинцет анатомический	1
Фонендоскоп комбинированный	1
Набор логопедических зондов и шпателей	2
<b>IV. Предметы ухода за пациентами</b>	
Банка стеклянная для термометров и шпателей	2
Пипетка глазная	5
Стаканчик для приема лекарств	5
Тазик эмалированный почкообразный	1
Термометр медицинский максимальный	2
Ведро педальное	2
<b>V. Специальная мебель и оборудование</b>	
Кушетка смотровая	1
Стол логопеда	1
Стол медицинской сестры	1
Шкаф для медицинских инструментов	1
Столик для инструментов	1
Ящик для картотеки	2
<b>VI. Бытовая мебель и оборудование</b>	
Кресло мягкое	10
Стул полумягкий	8
Шкаф для одежды	1
Шкаф книжный	2
Полка книжная	3
Столик журнальный	2

и Приказом Минздрава России от 29.12.2012 № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации» в приложении №9 (Стандарт оснащения стационарного отделения)

Наименование оборудования	Количество, шт.
Оборудование для логопедического кабинета логопеда (магнитофон, диктофон, метроном, зеркала, тонометр, набор логопедических шпателей и зондов, видеоманитофон, видеокамера, оборудование для проведения музыкальных занятий)	1 на кабинет
Методические пособия (схемы нейропсихологического обследования высших психических функций, альбомы для диагностики), наглядно-дидактический материал (наборы специальных таблиц, текстов, обучающих игр), учебно-методическая литература для пациентов (сборники упражнений, книги для чтения, рабочие тетради)	3 комплекта в кабинете логопеда

### 17. Образцы бланков ведения документации.

#### Журнал регистрации больных

№ п/п	Дата поступления и выписки № п/б № палаты	И П	Ф.И.О. больного	М Ж	Дата рождения	Адресные данные, телефон, округ	Клинический диагноз	Нейропсихологический диагноз	Сопутствующие заболевания	Ходит или лежит	Группа инвалид	Результаты восстановления	Исход

#### Журнал ежедневного учета посещаемости больных

№ п/п Время	Ф.И.О. больного; речевой диагноз	№ палаты	Вид работы консультация – КДО занятие – ИЛЗ

Образец бланка логопедического обследования в остром периоде.

КОНСУЛЬТАЦИЯ ЛОГОПЕДА

Дата " \_\_\_\_\_ " Пациент: \_\_\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_

Анамнестические данные: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Вредные привычки: алкоголь, курение, наркотики \_\_\_\_\_

Вербальный контакт: продуктивный; формальный; малопродуктивный; отсутствует \_\_\_\_\_

Жалобы: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Сознание: ясное; на осмотр реагирует вяло; лежит с открытыми / закрытыми глазами; взгляд фиксирует / не фиксирует из-за пареза взора вправо / влево; на осмотр не реагирует \_\_\_\_\_

Внимание: устойчивое; недостаточно устойчивое; неустойчивое \_\_\_\_\_

Ориентировка: полная; частичная; понимает, что находится в больнице; дезориентация \_\_\_\_\_

Память: в пределах возрастной нормы; умеренно снижена; грубо снижена \_\_\_\_\_

Интеллект: соответствует образовательному уровню; умеренно снижен; грубо снижен \_\_\_\_\_

Мозговая доминантность: правша; левша; скрытое левшество; переученный левша; амбидекстр \_\_\_\_\_

Эмоциональная сфера: тревожность; раздражительность; агрессивность; конфликтность; лабильность; колебание настроения; эйфория; негативизм; равнодушие; эмоциональная уплощённость; фиксированность на своём состоянии \_\_\_\_\_

Психическая активность: в пределах нормы; сонливость; вялость; истощаемость; заторможенность; вялость; инертность; инактивность; безынициативность; импульсивность; расторможенность; двигательное беспокойство \_\_\_\_\_

Речевая активность: достаточная; снижена; нуждается в стимуляции извне; многословность; резонерство; бесконтрольное речевое возбуждение; детализированность; отсутствует \_\_\_\_\_

Поведение: упорядоченное; девиантное; элементы «полевого» поведения; агрессивное; демонстративное; фамильярное; манерное; пассивное положение в постели / мягкая фиксация \_\_\_\_\_

Критика к своему состоянию: присутствует; умеренно снижена; грубо снижена; элементы анозогнозии \_\_\_\_\_

Состояние органов артикуляции

Лицевая мускулатура: лицо симметрично; без чёткой асимметрии; асимметрия / сглаженность носогубной складки справа / слева; гипомимия \_\_\_\_\_

Строение зубного ряда: в пределах нормы; ненормативность зубных рядов; протезирование; адонтия \_\_\_\_\_

Язык: трофика сохранена; по средней линии; девирует вправо / влево; в полости рта \_\_\_\_\_

Мышечный тонус: в норме; понижен / повышен; дистония \_\_\_\_\_

Объём движений: в полном объёме; гипометрия / гиперметрия; крайне ограничен \_\_\_\_\_

Глоточный рефлекс: живой; повышен / понижен; отсутствует \_\_\_\_\_

Глотание: соматическое; затруднение формирования пищевого комка; поперхивание при приёме твёрдой пищи / жидкости; кашель; срыгивание; носовая регургитация; не глотает \_\_\_\_\_

Мягкое нёбо: подвижное; малоподвижное; провисает справа / слева \_\_\_\_\_

Uvula: по средней линии; девирует вправо / влево \_\_\_\_\_

Саливация: в норме; гиперсаливация / усильвающаяся при определённых условиях; сухость во рту \_\_\_\_\_

Непроизвольные и насильственные движения: тонические / клонические судороги; тремор языка / губ; жевание; гримасы; насильственный плач / смех; фибрилляции / фасцикуляции; двигательные / оральные синкинезии \_\_\_\_\_



Произносительная сторона речи

Степень разборчивости речи: чёткая, нечёткая, смазанная, малоразборчивая, усугублена адонтией \_\_\_\_\_

Темп и ритм речи: в пределах нормы, немного замедлен / немного убыстрён; тахилалия / брадилалия; растянутый; скандированный; дизритмия; полтерн / занкание \_\_\_\_\_

Голос и тембр речи: в норме; тихий, слабый, истощающийся, повышенной громкости, присутствуют голосовые реакции / афония; «влажный», глухой, сильный, дрожащий, назализованный; монотонный, немодулированный \_\_\_\_\_

Экспрессивная функция речи

Спонтанная речь: фразовая; обедненная; односложные ответы; артикуляционные затруднения; литеральные / вербальные парафазии; эмболы; штампы; эколалии; персеверации; «словесный салат»; «телеграфный стиль»; поиск слов; описательные замещения; трудности программирования; бессмысленное бормотание; отдельные звукокомплексы, отсутствует \_\_\_\_\_

Автоматизированная речь: сохранена; возможны элементы, отсутствует \_\_\_\_\_

Повторная речь: сохранена; возможны элементы, отсутствует \_\_\_\_\_

Называние: сохранено; отдельные номинации; поиск слов; литеральные / вербальные парафазии; персеверации; описательные замещения; бесконтрольные номинации; отсутствует \_\_\_\_\_

Пересказ текста: сохранен; возможен по наводящим вопросам; привнесение побочных ассоциаций, контаминации; невозможен (из-за артикуляционных затруднений / слабости акустических следов) \_\_\_\_\_

Импрессивная функция речи

Понимание ситуативных вопросов: понимает, частично понимает, не понимает \_\_\_\_\_

Простые инструкции: выполняет, частично выполняет, попытки выполнения, не выполняет \_\_\_\_\_

Показ предметов: показывает верно, частично показывает, импульсивный показ, не фиксирует внимание на изображении; не показывает; не показывает из-за нарушения зрения \_\_\_\_\_

Понимание развёрнутой речи: понимает, частично понимает, сужен объём слухоречевой памяти; слабость акустических следов; не понимает; не понимает из-за снижения слуха \_\_\_\_\_

Двигательные функции

Оральный праксис: в норме; поиск позы; трудности переключения; персеверации \_\_\_\_\_

Артикуляторный праксис: в норме; поиск артикуляции; трудности переключения; персеверации \_\_\_\_\_

Мануальный праксис: в норме; поиск позы; трудности переключения; персеверации; эхопраксии \_\_\_\_\_

Динамический праксис: в норме; упрощение программы; дезорганизация движений; дополнительные элементы в графических пробах / бесконтрольные штриховые движения; персеверации; неадекватное выполнение заданий \_\_\_\_\_

Чтение в норме; элементы глобального чтения; возможно прочтение / показ отдельных букв / слов; паралексии; персеверации; элементы чтения «по догадке»; непонимание прочитанного; оптико-пространственные нарушения; амнезия на лексему \_\_\_\_\_

Письмо в норме; списывание по типу «рабского копирования»; возможно написание / показ отдельных букв / слогов / слов; параграфии; персеверации; нарушения звукобуквенного анализа и синтеза; оптико-пространственные затруднения; микрография / макрография; амнезия на графему \_\_\_\_\_

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**РЕКОМЕНДАЦИИ:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_