

**Национальная ассоциация по борьбе с инсультом
Всероссийское общество неврологов
Ассоциация нейрохирургов России
МОО Объединение нейроанестезиологов и нейрореаниматологов
Союз реабилитологов России**

**ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ
ДИАГНОСТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ
С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА
В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ**

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Москва 2014

Рабочая группа по подготовке текста рекомендаций

Иванова М.В., к. психол.н. (Москва)

Ларина О.Д. (Москва)

Норвилс С.Н. (Москва)

Царева И.В. (Москва)

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

Утверждено:

Главный внештатный специалист по медицинской психологии МЗ РФ Ю.П. Зинченко

Профильная комиссия по медицинской реабилитации Экспертного Совета МЗ РФ

Председатель Г.Е. Иванова

Оглавление

Введение -----	4
Методология -----	5
Определение и виды нарушений речи, голоса и глотания -----	6
Основные направления логопедической работы в остром периоде --	11
Алгоритм логопедической работы в остром периоде -----	11
Диагностика -----	12
Реабилитация -----	17
Специфика логопедической работы в остром периоде -----	18
Программы логопедической работы при афазии -----	19
Программы логопедической работы при дизартрии -----	21
Ведение пациентов с дисфонией -----	22
Ведение пациентов с дисфагией-----	22
Методы логопедической работы -----	23
Дыхательная речевая гимнастика -----	23
Голосовая гимнастика -----	23
Логопедический массаж-----	23
Артикуляционная гимнастика -----	24
Функциональные тренировки-----	24
Аппаратные технологии -----	24
Информационно-компьютерные технологии-----	25
Недопустимые действия при речевых нарушениях -----	26
Обучение пациентов и их родственников -----	26
Профилактика -----	28
Литература -----	29
Приложение 1-----	31
Приложение 2 -----	39
Приложение 3 -----	40
Приложение 4 -----	40
Приложение 5 -----	42

ВВЕДЕНИЕ

Наиболее частым последствием инсульта, черепно-мозговой травмы, нейрохирургического вмешательства и других заболеваний являются речевые нарушения (примерно 30-40% 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).

Психические расстройства связаны либо непосредственно с очаговой или общемозговой симптоматикой, либо являются реакцией на дефект.

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.

Согласно мировой статистике, в настоящее время отмечается стремительная тенденция к увеличению числа больных с инсультом, а также к их «омоложению». По данным ВОЗ, 30% больных составляют лица трудоспособного возраста. 75-80% больных, перенесших инсульт или получивших тяжелую черепно-мозговую травму, полностью утрачивают профессиональные навыки и трудоспособность. В результате появления речевых и двигательных расстройств больные переводятся на инвалидность I или II группы без права работы. При этом важнейшим фактором при определении степени инвалидности является именно нарушение речи. Коммуникативный дефицит делает пациента более инвалидизированным (Цветкова, Глозман, Калита, Максименко, Цыганок, 1980; Глозман, 2003).

Эти факты и цифры наглядно показывают, насколько актуальной и масштабной стала проблема оказания данному контингенту больных комплексной специализированной помощи, начиная с самого раннего этапа заболевания, которая охватывает круг вопросов, связанных с лечением больных, максимальным восстановлением или компенсацией утраченных ими двигательных и высших психических функций (Davis, 2014; Шкловский, 2003).

Чрезвычайно важное место в комплексе лечебно-восстановительных мероприятий занимает восстановительное обучение, включающее различные методы логопедической, нейропсихологической, психологической, педагогической и социальной работы (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 когнитивных нарушений и длится, как правило, от 3-х до 6-ти недель.

Эффективность нейрореабилитации обеспечивается комплексом мероприятий, охватывающим: медикаментозное лечение; ЛФК, массаж, физиотерапию; восстановительное обучение, предполагающее индивидуальные и групповые логопедические занятия, а также систему психолого-коррекционного воздействия; мероприятия по социально-трудовой и социально-бытовой реабилитации; психотерапию, в том числе и семейную.

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.

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 PSYCHOLIT, MEDLINE, PUBMED, Elsevier (платформа Science Direct) -URL: <http://www.sciencedirect.com>, Sage Publications - URL: <http://online.sagepub.com/>, Springer/Kluwer - URL: <http://www.springerlink.com>, Taylor & Francis - URL: <http://www.informaworld.com>, Ресурсы Института научной информации по общественным наукам Российской академии наук (ИНИОН РАН) - URL: <http://elibrary.ru/>.

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. Предварительная версия была так же направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования, для получения комментариев с точки зрения пациента.

Комментарии, полученные от экспертов, регистрировались, тщательно анализировались и обсуждались членами рабочей группы. Принятые решения обосновывались и так же регистрировались.

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.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ВИДЫ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ, ГОЛОСА И ГЛОТАНИЯ

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**. Данные речевые нарушения наблюдаются более чем у трети больных, перенесших инсульт и черепно-мозговую травму, и являются вторым по значимости и распространенности дефектом после двигательных нарушений.

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. Существуют так называемые речевые зоны мозга: задние отделы нижней лобной извилины, средние и задние отделы верхней височной извилины, нижняя теменная область (область, граничащая с отделами передней центральной извилины, отвечающими за движения гортани, губ и языка), а также зона, расположенная на стыке теменной, височной и затылочной областей левого доминантного полушария головного мозга (Лурия, 1947, 1969, 2002).

Ключевые моменты в определении афазии, значимые для дифференциальной диагностики:

1) Афазия всегда является результатом повреждения головного мозга. Чаще всего афазии вызваны инсультом, но также они могут возникать из-за травм головы,

хирургического вмешательства, роста опухоли или инфекции.

2) Афазия – приобретенное расстройство, которое характеризуется полной или частичной потерей функции уже сформировавшейся речи. Термин «детская афазия» относится к проблеме нарушения уже сформировавшейся речи у детей.

3) Афазия включает расстройства разных языковых уровней: устной речи, понимания обращенной речи, чтения и письма. В большинстве случаев происходит нарушение (хотя и неравномерное) во всех четырех языковых модальностях.

4) Афазия – это не расстройство органов чувств или интеллекта и не является результатом психического расстройства. Такие исключаяющие характеристики определения афазии крайне важны для ориентации в широком спектре других когнитивных расстройств.

Таким образом, понятие афазии сводится к признанию системности речевого расстройства, а также нарушения процессов как внешней, так и внутренней речи. Показателем системности речевой функции является то, что она обеспечивается одновременным взаимодействием различных функциональных систем головного мозга, а не последовательной работой их звеньев.

Помимо локализации очага поражения и его размеров, специфику нарушения речи при каждой из форм афазии определяет степень тяжести и этап заболевания. Важную роль играют также патогенетические механизмы. Так, например, при сосудистых поражениях головного мозга большое значение имеет 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, а также сроки и характер оперативного вмешательства. Определенное значение имеют и преморбидные интеллектуально-характерологические черты личности больного (Лурия, 1947; Оппель, 1972).

Для понимания специфики речевого расстройства при той или иной форме афазии, а, следовательно, и для обеспечения дифференцированного подхода к их преодолению, чрезвычайно важно выявить как механизм нарушения, так и определить локализацию очага поражения в головном мозге с помощью нейровизуализационных методов исследования (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и др.).

В отечественной и зарубежной афазиологии существуют различные классификационные системы афазических расстройств. В России наиболее распространенной является классификация А.Р. Лурия (1947, 1969, 2002). Согласно этой классификации существуют следующие **формы афазий**:

1. Моторная афазия эфферентного типа.
2. Динамическая афазия.
3. Моторная афазия афферентного типа.
4. Сенсорная (акустико-гностическая) афазия.
5. Акустико-мнестическая афазия.
6. Семантическая афазия.

В клинической практике принято также выделять *амнестическую и проводниковую* афазии, входящие в классическую неврологическую классификацию, и *подкорковую* афазию, описанную в работах М.К.Шохор-Троцкой и Т.А. Кучумовой. Неврологами и генетиками используется термин «прогрессирующая афазия» в синдроме дегенеративных заболеваний ЦНС, в этом случае речь идет уже не о локальном поражении головного мозга.

Приведенные ниже характеристики различных форм афазии соответствуют представлениям нейропсихологии, созданной выдающимся отечественным неврологом и нейропсихологом А.Р. Лурия.

Эфферентная моторная афазия обусловлена поражением нижних отделов премоторной зоны. В норме эта зона обеспечивает плавную смену одного орального или артикуляционного акта другим, что необходимо для слияния артикуляций в сукцессивно организованные ряды - «кинетические двигательные мелодии» (по терминологии А.Р. Лурия). При очаговых поражениях премоторной зоны возникает патологическая инертность артикуляторных актов, появляются персеверации, препятствующие свободному переключению с одной артикуляционной позы на другую. В результате речь больных становится малопродуктивной, разорванной, сопровождается «застреванием» на отдельных фрагментах высказывания. Эти дефекты произносительной стороны речи вызывают системные расстройства и других сторон речевой функции: чтения, письма, а частично и понимания речи. В отличие от афферентной моторной афазии (см. ниже), где артикуляционная апраксия относится к единичным позам, при эфферентной она относится к их сериям. Больные относительно легко произносят отдельные звуки, но испытывают существенные затруднения при произнесении слов и фраз. Нарушено построение фраз, в грубых случаях наблюдаются явления «телеграфного стиля». Этот синтаксический компонент эфферентной моторной афазии может проявляться при относительно маловыраженных произносительных трудностях. В таком случае говорят о «синтаксической афазии», или, другими словами, втором варианте динамической афазии (см. ниже).

При **динамической афазии** имеет место поражение мозга в заднелобных отделах левого полушария, расположенных спереди от «зоны Брока». Речевой дефект проявляется здесь главным образом в речевой аспонтанности 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.

Рассмотренные формы афазий возникают при поражении передней речевой зоны, являющейся частью III блока мозга, по А.Р. Лурии (1973). Нижеследующие формы афазий возникают при поражении задней речевой зоны (II блока мозга, по А.Р. Лурии).

Афферентная моторная афазия обусловлена поражением нижних отделов постцентральной зоны мозга. Центральным расстройством является нарушение кинестетической афферентации произвольных оральных движений. Больные теряют способность совершать по заданию те или иные движения языком, губами и другими органами артикуляции. Непроизвольно эти движения могут быть легко выполнены ими, поскольку не имеется парезов, ограничивающих объем оральных движений. Такие нарушения движений носят 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. В устной речи больных в зависимости от степени грубости апраксии это проявляется в: отсутствии артикулированной речи; искаженном воспроизведении поз; поисках артикуляции. Вторично системно нарушены другие стороны речевой функции.

Сенсорная (акустико-гностическая) афазия возникает при поражении верхне-височных отделов так называемой зоны Вернике. В качестве первичного дефекта рассматривается речевая слуховая агнозия, лежащая в основе нарушений фонетического слуха. Больные теряют способность дифференцировать фонемы, т.е.

выделять признаки звуков речи, несущих в языке смыслообразительные функции. Расстройства фонематического слуха, в свою очередь, обуславливают грубые нарушения импрессивной речи (понимания). Появляется феномен «отчуждения смысла слова», который характеризуется «расслоением» звуковой оболочки слова и обозначаемого им предмета. Звуки речи теряют для больного свое константное (стабильное) звучание и каждый раз воспринимаются искаженно, смешиваются между собой по тем или иным параметрам. В результате этой звуковой лабильности в экспрессивной речи больных появляются характерные дефекты: логорея (обилие речевой продукции), как результат «погони за ускользающим звуком», замены одних слов другими и одних звуков другими (вербальные и литеральные парафазии).

Акустико-мнестическая афазия обусловлена очагом поражения, расположенным в средних и задних отделах височной области. В отличие от акустико-гностической (сенсорной) афазии, акустический дефект проявляется здесь не в сфере фонематического анализа, а 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 определенным трудностям понимания развернутых текстов, требующих участия слухо-речевой памяти. В собственной речи больных с этой формой афазии основным симптомом является словарный дефицит, связанный как с вторичным обеднением ассоциативных связей слова с другими словами данного семантического куста, так и с недостаточностью зрительных представлений о предмете.

Семантическая афазия возникает при поражении теменно-затылочных областей левого доминантного полушария. Основным проявлением речевой патологии при этом виде афазии является импрессивный аграмматизм, т.е. неспособность понимать сложные логико-грамматические обороты речи. Этот дефект является, как правило, одним из видов более общего расстройства пространственного гнозиса, а именно, способности к симультанному синтезу. Поскольку во фразовой речи основными «детальными», 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 (пространственные предлоги, наречия и т.д.). При этом способность к улавливанию формально-грамматических искажений (ошибок «согласования») остается у этих больных сохранной.

Апраксии, агнозии, нарушения памяти могут выступать как изолированными расстройствами, так и в синдроме афазии. В том случае, если расстройство является системным, логопед может исследовать неречевые высшие психические функции для включения этих данных в логопедическое обследование при наличии соответствующей постдипломной квалификации.

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. Данные расстройства требуют длительного логопедического воздействия, начиная с самого раннего этапа реабилитации пациента.

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 центральной нервной системы (ЦНС) речь становится невозможной из-за полного паралича речедвигательных мышц. Такие нарушения называются анартрией (Винарская Е.Н., 1971)

В настоящее время существуют различные подходы к классификации дизартрических расстройств.

С учетом *неврологического подхода* на основе уровня локализации мозгового поражения (Правдина О.В., 1973) различают следующие **формы дизартрии**:

1. *Бульбарную*, связанную с поражением ядер, корешков или периферических отделов черепно-мозговых нервов (языкоглоточного, блуждающего, подъязычного, иногда – тройничного и лицевого).
2. *Псевдобульбарную*, связанную с поражением корково-ядерных (кортико-бульбарных) проводящих путей.
3. *Экстрапирамидную* (подкорковую), связанную с поражением подкорковых узлов и их нервных связей с различными отделами головного мозга.
4. *Мозжечковую*, связанную с поражением мозжечка и его проводящих путей.
5. *Корковую* (кинестическую премоторную и кинестетическую постцентрально), обусловленную очаговыми поражениями коры головного мозга.

С учетом *синдромологического подхода* (Панченко И.И., 1975) на основе клинико-фонетического анализа произносительных расстройств речи выделяют:

1. *Спаستико-паретическую* дизартрию (ведущий синдром – спастический парез в сочетании с вялыми парезами).
2. *Спастико-ригидную* дизартрию (ведущий синдром – спастический парез и тонические нарушения управления типа ригидности).
3. *Гиперкинетическую* дизартрию (ведущий синдром – гиперкинезы: хореические, атетоидные, миоклонии).
4. *Атактическую* дизартрию (ведущий синдром – атаксия) и др. смешанные формы менее значимые в остром периоде.

Также в остром периоде в результате инсульта и черепно-мозговой травмы могут возникнуть такие расстройства как нарушение голоса (дисфония) и нарушение глотания (дисфагия).

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 совсем (афония) или иметь искаженное звучание. Нередко дефект усугубляется наличием дискоординации процессов голосообразования и дыхания.

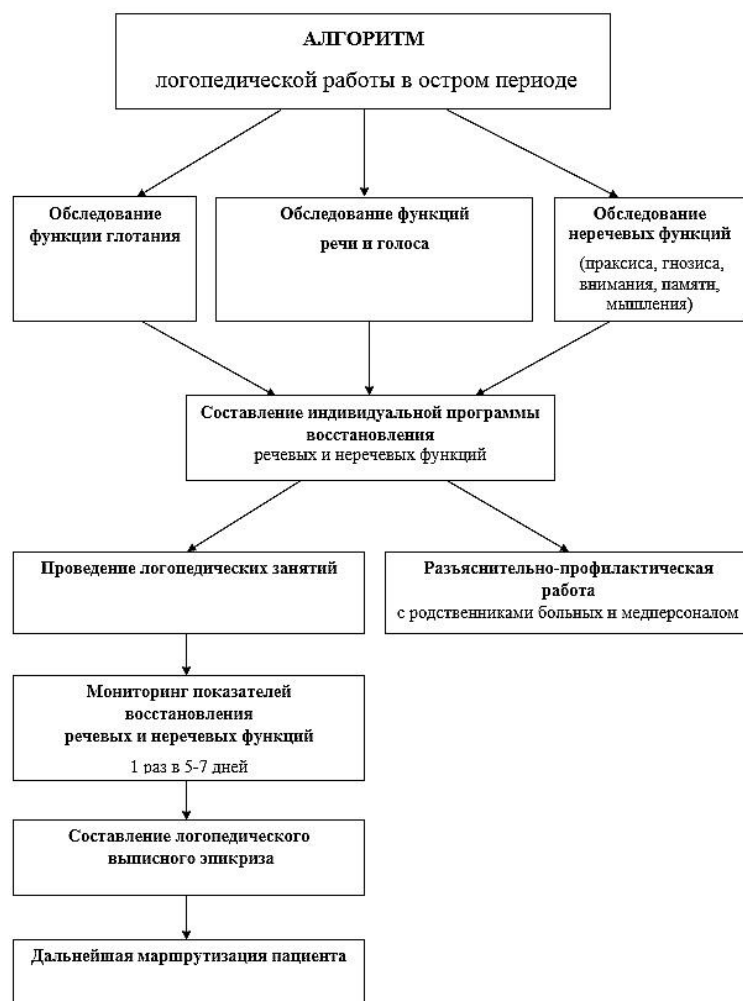
Нарушения голоса крайне разнообразны. Они характеризуются недостаточностью силы (слабый, тихий, истощающийся в процессе речи); нарушениями его тембра

(глухой, назализованный, хриплый, 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 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 последствий инсульта и черепно-мозговой травмы. Наличие дисфагии приводит к высокому риску развития медицинских осложнений: аспирационной пневмонии, обструкции дыхательных путей, обезвоживанию, нарушению энергетического обмена, недостаточности питания (мальнутриции), истощению (кахексии) и смерти. При дисфагии также нарушается психический статус больного, вплоть до развития тяжелых депрессий. Данное расстройство значительно ухудшает качество жизни больного и зачастую приводит к плохому функциональному прогнозу.

Особенности нарушения глотания и принципы реабилитации пациентов с дисфагиями подробно описаны в документе «Диагностика и лечение дисфагии при заболеваниях центральной нервной системы. Клинические рекомендации» (Балашова, Белкин, Зуева и др., 2013).

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ



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 – это специалист, который в остром периоде лечения занимается диагностикой, восстановлением и профилактикой нарушений речи, голоса и глотания.

В своей работе логопед осуществляет следующие виды деятельности:

1. *исследует* состояние глотания, голоса, речи и других когнитивных функций;
2. *составляет индивидуальные восстановительные программы* с учетом принципа индивидуального подхода в тесном взаимодействии с другими специалистами и самим пациентом (см. ниже стр.19);
3. *проводит логопедические занятия* по устранению выявленных нарушений и профилактике вторичных функциональных наслоений;
4. *осуществляет мониторинг* состояния речи и других ВПФ 1 раз в 5 - 7 дней посредством тестов, анализа продукции деятельности индивидуума (речевой, рисуночной, графической и т.д.), что позволяет оценить динамику и прогноз восстановления;
5. *ведет медицинскую и логопедическую документацию* (см. Приложение 2);
6. *проводит разъяснительно-профилактическую работу с родственниками;*
7. по окончании курса занятий *составляет логопедический выписной эпикриз*, включающий:
 - клинический диагноз,
 - логопедическое заключение,
 - отражение динамики в речевом и неречевом статусе с результативностью восстановления и описанием резидуальной симптоматики.
8. *выдает направление* в медицинские учреждения для продолжения дальнейшей реабилитации.

ДИАГНОСТИКА

Для составления оптимальной реабилитационной программы необходимо точно диагностировать вид и выраженность речевых и иных нарушений.

Знание патофизиологических механизмов данных расстройств является необходимым условием системного и качественного анализа нарушений глотания, речи и других высших психических функций (ВПФ), постановки топического и дифференциального диагноза и выведения квалифицированного заключения.

Осуществляя данный вид деятельности логопед должен:

- ориентироваться в релевантных медицинских показателях;
- оперативно принимать диагностические решения;
- адекватно соотносить проявления речевой патологии с особенностями нейродинамических нарушений;
- быстро и четко документировать результаты обследования и рекомендаций;
- оценивать влияние речевых нарушений на уровень активности пациента и возможности осуществления им повседневных видов деятельности;
- определять готовность пациента и его семьи к активному участию в реабилитационном процессе.

У больных в остром периоде заболевания возникают проблемы с глотанием вне зависимости от очага поражения. Для предупреждения аспирации и аспирационной пневмонии логопед начинает диагностику с **медико-логопедического исследования функции глотания**.

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

1. *консистенции* тестового материала:

- загущение жидкости до состояния «держится на вилке» (вилочный тест)
- загущение жидкости до состояния «окутывает вилку, но быстро стекает» (вилочный тест)
- вода
- хлеб

2. *объёма* тестового материала:

- 2 x 5 мл (5мл = 1 ч. ложка)
- 2 x 10 мл (10 мл = 1 неполная ст. ложка)
- 100 мл (полстакана)
- 50 г хлеба

По результатам диагностики логопед дает рекомендации с указанием:

1. возможности кормления – через рот (ЧР) / 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.

Более подробная диагностика описана в документе «Диагностика и лечение дисфагии при заболеваниях центральной нервной системы. Клинические рекомендации» (Балашова, Белкин, Зуева и др., 2013).

Следующим исследованием логопеда является **диагностика состояния речевых функций**. К сожалению, в остром периоде не всегда бывает возможным провести комплексное логопедическое обследование из-за тяжести состояния или повышенной истощаемости больного. В этом случае логопед применяет блиц-обследование для выявления дизартрии и афазии, которое позволяет оценить:

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

У больных с речевыми нарушениями вследствие поражения правого полушария, рекомендуется больше внимания уделять оценке неречевых высших психических функций, таких как ориентация во времени и месте, внимание, краткосрочная память, зрительно-пространственное восприятие, а также связность, уместность и прагматика их высказываний / нарративов / пересказов.

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

психических расстройств. В Таблице 1 приводится перечень рекомендуемых для обследования заданий в остром периоде. Логопед выбирает пробы с учетом данных первичного контакта с пациентом и собственного клинического опыта.

Речевые пробы, рекомендуемые для диагностики в остром периоде

Таблица 1

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 упрощенных 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).

Рекомендуется вводить балльную оценку выполнения заданий пациентом (Davis, 2014; Duffy, Fosset, & Thomas, 2011; Vogel, Maruff, Morgan, 2010):

- объективно оценить нельзя (по тяжести состояния) – 0 баллов;
- не выполняет – 1 балл;

- выполняет с помощью – 2 балла;
- выполняет самостоятельно – 3 балла.

Применение оценочной (балльной) системы не только качественных, но и количественных показателей состояния когнитивных функций, в том числе и речи, позволяет более точно определить степень выраженности нарушения и динамику обратного развития дефекта. В бланках протоколов необходимо фиксировать особенности выполнения заданий. При последующих занятиях повторение заданий, проведенных при первом обследовании, поможет отследить динамику восстановления речи. Рекомендуется проводить повторные обследования 1 раз в 5-7 дней.

Диагностика в зависимости от состояния больного может занимать от 10 до 40 минут (см. Приложение 1). По результатам диагностики логопед определяет форму речевых расстройств у пациента (афазия, речевое неафатическое нарушение вследствие поражения правого полушария, дизартрия, артикуляционная апраксия и др.), степень их выраженности (легкая, средняя, грубая) и ведущий дефект; оценивает особенности протекания нейродинамических процессов; соотносит выявленные речевые расстройства с нарушениями других высших психических функций (Лурия, 2002).

Во время диагностики логопед должен взаимодействовать с другими специалистами мультидисциплинарной бригады.

Стоит отдельно отметить, что в остром периоде не всегда возможно точно определить форму афазии. Это обусловлено тяжестью состояния и высокой истощаемостью больного, что усложняет сопоставление различных симптомов между собой. Поэтому в начале заболевания чаще диагностируются сочетанные формы афазии.

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 (см. Приложение 3). Также ниже приводится перечень языковых заданий, которые можно провести с больным для дальнейшего уточнения особенностей речевой сферы (Chapey, 2008; Spreen & Risser, 2003; Whitworth, Webster, Howard, 2014). Перечислены пробы для оценки четырех модальностей (понимание и порождение устной и письменной речи) с пробами для оценки разных языковых уровней - фонетического, лексического, морфологического, семантического, синтаксического, дискурсивного.

Импрессивная речь (понимание речи):

- дифференциация звучащих фонем (дифференциация пар звуков типа «па-ба», звуки варьируются по фонетическим признакам (с разной фонематической дистанцией));
- понимание деривационной и словоизменительной морфологии на слух (приставок, суффиксов и флексий);
- лексическое решение на слух (на слух предъявляются слова и псевдослова, которые необходимо отличать друг от друга, при этом образность и частотность слов, а также сходство псевдослов с реальными словами варьируется);
- понимание смысла услышанных слов – существительных и глаголов (соотнесение слов, предъявляемых на слух, с картинками, среди которых один целевой рисунок и три дистрактора: фонетический, семантический, несвязанный);
- понимание различных синтаксических конструкций на слух (соотнесение синтаксических конструкций, предъявляемых на слух, с картинками);

- понимание звучащего дискурса (понимание основной линии нарратива и оценочно-прагматического компонента – ответы на да/нет и открытые вопросы по прослушанному нарративу).

Экспрессивная речь (порождение речи):

- повторение фонем и слогов (повторение гласных отдельно и согласных в слогах, варьирующихся по фонетическим принципам);
- повторение слов и псевдослов (повторение слов простых и сложных в произносительном и морфологическом плане);
- порождение деривационной и словоизменительной морфологии (приставок, суффиксов и флексий);
- устное порождение слов (называние предметов и действий по картинкам);
- составление и заканчивание предложений (порождение предложений по картинкам и с использованием заданных слов);
- актуализация квазиспонтанного (пересказ) и спонтанного дискурса (составление рассказа по серии сюжетных картинок – в рассказе оцениваются: беглость, связность текста, содержательность);
- автоматизированная и дезавтоматизированная речь (называние цифрового ряда в прямом и обратном порядке, дней недели; завершение автоматизированных рядов – пословицы);
- задание на оценку моторного компонента речи, в первую очередь артикуляционной апраксии (неоднократное повторение сложных в произносительном плане слов).

Чтение:

- узнавание букв (называние написанных букв);
- понимание смысла написанных слов – существительных и глаголов (соотнесение написанного слова с картинкой);
- понимание написанных предложений, содержащих различные синтаксические конструкции (соотнесение написанного предложения с картинкой);
- понимание написанного текста (ответы на вопросы по тексту);
- чтение вслух букв, слогов, псевдослов, слов, предложений, текста.

Письмо:

- написание под диктовку и копирование букв и слогов;
- написание слов под диктовку;
- письменное порождение слов (по рисунку, описанию, вербальным ассоциациям);
- письменное составление и заканчивание предложений с различными синтаксическими конструкциями;
- актуализация квазиспонтанного и спонтанного письменного дискурса (составление рассказа по картинке);
- написание автоматизированных рядов (собственные Ф.И.О, адрес, алфавит, цифры).

По окончании обследования специалист выводит логопедическое заключение с учетом неврологических и когнитивных факторов (см. «Бланк консультации логопеда» в Приложении 4), на основании которого, во взаимодействии с другими специалистами отделения, составляются индивидуальные программы медико-педагогической реабилитации с учетом личностных особенностей больного и его жизненной ситуации (Prigatano, 1999; Wilson, 2008; Worall, Sheratt, Rogesrs, Howe, Hersh, Ferguson, Davidson, 2011).

РЕАБИЛИТАЦИЯ

Логопедическая помощь в остром периоде оказывается в соответствии с приоритетами оказания специализированной помощи населению и показана **всем пациентам**, у которых *отмечаются расстройства речи, голоса и глотания*.

Восстановление речевых нарушений проводится в комплексе с лечением основного заболевания, послужившим причиной их развития. Лечебно-реабилитационные мероприятия проводятся мультидисциплинарно и включают в себя: медикаментозную поддержку, лечебную гимнастику, массаж, логопедические занятия, нейропсихологическую коррекцию, консультации психиатра, психотерапевтическую помощь. Максимальная эффективность восстановления достигается при *раннем начале реабилитации*, в том числе логопедических занятий (Шкловский, 2003).

На начальном этапе восстановительной работы логопед:

- *проводит занятия с больными в соответствии с* намеченными программами в палате/логопедическом кабинете с учетом принципа индивидуального подхода;
- *на занятиях применяет различные методы и приемы восстановительной работы:* выбор методических средств направлен на активизацию компенсаторных механизмов психической деятельности больного, предупреждение вторичных наслоений в его познавательной сфере, поведении и личностных ориентирах;
- *обсуждает с другими специалистами* стратегию и тактику ведения пациента.

При этом важно создавать максимально стимулирующие условия для спонтанного восстановления речи, как в рамках непосредственно логопедических занятий, так и во время других реабилитационных мероприятий, которые проводятся с больными в остром периоде (Цветкова, 2004). В этом отношении логопед играет ведущую роль фасилитатора, объясняя другим специалистам, какие речевые нарушения имеются у больного, в каком объеме он понимает обращенную речь, какие коммуникативные стратегии лучше всего подойдут для взаимодействия с этим больным и как стимулировать пациента к речевой коммуникации при разных видах деятельности (Камаева, Монро, Буракова и др., 2003).

При работе с пациентами с дисфагией в остром периоде на логопеда, как специалиста по глотанию, возлагаются особые задачи:

- подбор консистенции жидкой и твердой пищи для обеспечения безопасности кормления;
- выбор способа кормления пациента (создание условий, облегчающих прием пищи пациентом) и подбор разовой порции (5х10х20 мл);
- стимуляция чувствительности слизистых оболочек полости рта;
- стимуляция и растормаживание акта глотания;
- нормализация дыхательной и голосовой функций.

Восстановление такой важной витальной функции, как глотание, повышает вероятность положительных результатов восстановления в отношении состояния таких пациентов, снижает количество летальных исходов и уменьшает степень тяжести инвалидизации больных.

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).

4. 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. Это не подразумевает полного отказа от опоры на речевые автоматизмы, однако основной акцент делается на сознательное усвоение тех или иных приемов компенсации дефекта. При этом реабилитационные мероприятия должны сосредотачиваться на восстановлении или коррекции индивидуальных локусов речевого дефицита (на фонетико-фонематическом, лексико-семантическом, синтаксическом или дискурсивно-прагматическом языковых уровнях), выявленных в ходе оценки речевого статуса пациента.

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

6. Важно помнить, что целью речевой реабилитации является не успех реализации отдельных аспектов языка, а именно восстановление успешности целостной речевой коммуникации в повседневной жизни.

7. 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.

8. Также у больных после инсульта или черепно-мозговой травмы могут возникнуть когнитивные и эмоциональные расстройства. Для улучшения состояния когнитивных функций логопед рекомендует различные виды заданий, стимулирующих интеллектуальную деятельность. В тех случаях, когда у пациентов наблюдаются вторичные функциональные наслоения, такие как пониженный фон настроения, фиксированность на своем состоянии, тревожность, раздражительность, негативизм, отказ от речевого общения и пр., формы и методы работы логопеда будут зависеть от особенностей психической деятельности и свойств личности больного. Логопеду 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 имеются и специфические задачи, связанные с преодолением первичного речевого дефекта (Цветкова, 1979, 2004).

Таблица 2

Форма афазии	Преодоление первичного речевого дефекта
<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 представлены типовые программы восстановительного обучения для разных форм афазий (Шкловский, Визель, 2003).

Моторная афазия афферентного типа

Стадия грубых расстройств

- преодоление расстройств понимания ситуативной и бытовой речи;
- растормаживание произносительной стороны речи;
- стимулирование простых коммуникативных видов речи;
- стимулирование глобального чтения и письма.

Стадия расстройств средней степени выраженности

- преодоление расстройств произносительной стороны речи;
- восстановление и коррекция фразовой речи;
- работа над семантикой слова;
- восстановление аналитико-синтетического письма и чтения.

Стадия легких расстройств

- 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.

Восстановление письменной речи

- восстановление связи «артикулема-фонема»;
- восстановление способности к звуко-буквенному анализу состава слова;
- восстановление навыка развернутой письменной речи.

Моторная афазия эфферентного типа

Стадия грубых расстройств - восстановительная программа та же, что и при афферентной моторной афазии.

Стадия расстройств средней степени выраженности

- преодоление расстройств произносительной стороны речи;
- восстановление фразовой речи.

Стадия легких расстройств

- 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.

Восстановление письменной речи

- восстановление способности к анализу звуко-ритмической стороны слова;
- восстановление способности к звуко-буквенному анализу состава слова;
- восстановление навыка слияния букв в слоги, слогов в слова;
- восстановление навыка развернутой письменной речи.

Динамическая афазия

Стадия грубых расстройств

- повышение уровня общей активности больного, преодоление речевой инактивности, организация произвольного внимания;
- стимулирование простых видов коммуникативной речи;
- преодоление расстройств речевого программирования;
- преодоление расстройств грамматического структурирования;
- стимулирование письменной речи.

Стадия расстройств средней степени выраженности

- восстановление коммуникативной фразовой речи;
- преодоление персевераций в самостоятельном устном и письменном высказывании.

Стадия расстройств легкой степени выраженности

- восстановление спонтанной коммуникативной фразовой речи.

Сенсорная афазия

Стадия грубых расстройств

- накопление обиходного пассивного словаря;
- стимуляция понимания ситуативной фразовой речи;
- подготовка к восстановлению письменной речи.

Стадия расстройств средней степени

- восстановление фонематического слуха;
- восстановление понимания значения слова;
- преодоление расстройств устной речи;
- восстановление письменной речи.

Стадия легких расстройств

- восстановление понимания развернутой речи;
- дальнейшая работа по восстановлению смысловой структуры слова;
- коррекция устной речи;
- дальнейшее восстановление чтения и письма.

Акустико-мнестическая афазия

Стадия расстройств средней и легкой степени выраженности

- расширение рамок слухового восприятия;
- преодоление слабости слухо-речевых следов;
- преодоление трудностей называния.
- организация развернутого высказывания.

Семантическая афазия

Стадия расстройств средней и легкой степени выраженности

- преодоление пространственной апрактогнозии;
- восстановление способности понимания слов с пространственным значением;
- конструирование сложноподчиненных предложений;
- восстановление способности понимания логико-грамматических ситуаций;
- работа над развернутым высказыванием.

Программы логопедической работы при дизартрии

В остром периоде инсульта и черепно-мозговой травмы чаще применяется классификация дизартрических расстройств с учетом локализации очага поражения.

Бульбарная

- формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи;
- преодоление гипотонуса в мимической и артикуляционной мускулатуре;
- развитие подвижности мышц артикуляционного аппарата;
- нормализация речевого дыхания;
- нормализация фонетической окраски звуков;
- восстановление мелодико-интонационной стороны речи;
- развитие контроля над произносительной стороной речи.

Псевдобульбарная

- формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи;
- преодоление гипертонуса в мимической и артикуляционной мускулатуре;
- развитие подвижности мышц артикуляционного аппарата;
- нормализация речевого дыхания;
- нормализация фонетической окраски звуков;
- восстановление мелодико-интонационной стороны речи;
- развитие контроля над произносительной стороной речи.

Подкорковая / экстрапирамидная

- формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи;
- снижение степени проявления синдрома ригидности в мышцах речевой моторики;

- формирование синхронной деятельности отделов дыхания, голосообразования, звукопроизношения;
- развитие подвижности мышц артикуляционного аппарата;
- нормализация речевого дыхания;
- нормализация фонетической окраски звуков;
- восстановление мелодико-интонационной стороны речи;
- развитие контроля над произносительной стороной речи.

Мозжечковая

- формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи;
- формирование синхронной деятельности отделов дыхания, голосообразования, звукопроизношения;
- развитие подвижности мышц речевого аппарата;
- нормализация речевого дыхания;
- нормализация фонетической окраски звуков;
- восстановление мелодико-интонационной стороны речи;
- развитие контроля над произносительной стороной речи.

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 физиологичных 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 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 питания (выбор модификации диеты и степени загущения жидкости) для обеспечения энергопотребности организма пациента;
- 2) правильный выбор позиционирования и способа кормления пациента;
- 3) стимуляция чувствительности слизистых оболочек полости рта;
- 4) нормализация дыхания и голоса;

- 5) стимуляция акта глотания;
- 6) повышение функциональной активности мышц, участвующих в акте жевания и глотания пищи – жевательных, мимических мышц и мышц языка;
- 7) санация полости рта;
- 8) обучение пациентов и лиц, осуществляющих уход за ними правилам приема пищи и гигиеническому уходу за полостью рта;
- 9) планирование и подготовка выписного эпикриза с обязательным включением рекомендаций по кормлению больного в домашних условиях.

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 должны проводиться с учетом тяжести состояния больного и зависеть от степени его активности. Применяются пассивные и активные приемы.

Нормализация дыхания в результате выполнения дыхательной гимнастики снижает проявление многих патологических изменений в организме, улучшает функциональную деятельность всех органов и систем, активизирует механизмы саморегуляции и улучшает психоэмоциональное состояние пациентов.

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. Нередко массаж является необходимым условием эффективности логопедического воздействия (Дьякова, 2006).

Логопедический массаж осуществляется логопедом в области лица, головы, шеи и верхнего плечевого пояса (воротниковой зоны). 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 ориентировочную 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 тоне мышц периферического речевого аппарата (гипертонус) 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 тоне мышц периферического речевого аппарата (гипотонус) используется активизирующий массаж, который включает следующие приемы классического массажа: поглаживание в сочетании с приемами растирания и разминания; усиленная вибрация; 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 координаций, 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 темпо-ритмическую 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 настроения;
- повышение мотивации к логопедическим занятиям.

Обучающие компьютерные программы, по сравнению с традиционными методическими средствами, обеспечивают новые возможности диагностики и восстановления или компенсации речевых нарушений. (Образцы методов логопедической работы см. в Приложении 6)

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 (это может вызвать сильную негативную реакцию и привести к полному отказу пациента от речевой коммуникации);
- говорить с больным монотонно, в быстром темпе, длинными фразами;
- предъявлять к больному завышенные требования и разговаривать с больным резким тоном.

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, укрепления веры больного в его выздоровление, а также настраивает их на долгосрочную работу с имеющимися нарушениями. При этом больному и его окружению логопед объясняет, что результативность восстановления во многом зависит от активной позиции самого пациента и его положительного настроя на реабилитацию.

3. Обучает родственников пациента с нарушением глотания приемам организации рационального питания и позиционирования больного во время кормления.

4. 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.

5. 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.
- Выпишите на бумаге ключевые слова. Повторите то, что вы сказали, и покажите больному с афазией ваши записи (больной может использовать их в качестве зрительной опоры).
- 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, или книгам с иллюстрациями. Вы можете сделать такой словарик сами. В него включите картинки, пиктограммы и слова, которые важны для человека, страдающего афазией.
- Дайте больному время высказаться и не заканчивайте за него предложения.
- Старайтесь задавать вопросы, на которые нельзя дать односложный ответ.
- 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.
- Просите вашу семью и друзей о помощи.
- Делитесь вашими переживаниями с другими, не держите их в себе.

Очень важно донести эти коммуникативные стратегии до пациента (с учётом тяжести его состояния) и его окружения на самых ранних этапах заболевания, чтобы предотвратить негативные последствия нарушенного взаимодействия и максимально адаптировать пациента и его семью к изменившейся ситуации.

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 определённая 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.

Исходя из вышеизложенного, основой логопедической работы в остром периоде является:

- установление контакта с больным;
- диагностика нарушений речи, голоса и глотания;
- составление индивидуальных медико-психолого-педагогических программ;
- проведение восстановительных занятий;
- консультирование и психологическая поддержка больного и его окружения;
- обучение коммуникативным стратегиям и формирование благоприятной среды для речевого общения (Глозман, 1983; Prigatano, 1999; Wilson, 2008).

Важно не только предоставлять соответствующую информацию пациентам и родственникам, но и эмпатийно выслушивать их опасения, давать обратную связь о переживаемых эмоциях, и разрешать вопросы, касающиеся заболевания, лечения, восстановления и плана дальнейших действий после выписки из острого отделения (Johnson, Valachovic, & Gerge, 1998).

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

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 топико-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. 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.
9. Дьякова Е.А. (2006). Основные принципы использования логопедического массажа в коррекционно-педагогической работе. // Логопед в детском саду, №5-6.
10. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта. М; Миклош, 2003.
11. 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.
12. Лаврова Е.В. Логопедия. Основы фонопедии. 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.
19. Правдина О. В. Логопедия. / Учеб. пособие для студентов дефектолог. фак-тов пед. ин-тов. Изд. 2-е, доп. и перераб.- М.: "Просвещение", 1973.
20. Ранняя реабилитация больных с инсультом: Методические рекомендации №44. – М.: Изд-во РУДН, 2004, – 40 с.: ил.
21. Цветкова Л.С. (ред.) Проблемы афазии и восстановительного обучения. /М.: Изд-во МГУ, 1979, с. 162.
22. Цветкова Л.С., Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Методика оценки речи при афазии. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1981.

23. 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.
24. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. Москва-Воронеж, 2004.
25. 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.
26. Шкловский В.М., Визель Т.Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. М.: «Ассоциация дефектологов», В. Секачев, 2011.
27. Шохор-Троцкая М.К. (Бурлакова). Стратегия и тактика восстановления речи. М.: В. Секачев, Эксмо-Пресс, 2001.
28. Chapey, R. (2008). *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders* (5thed.) Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
29. Davis, G. A., (2014). *Aphasia and related cognitive-communicative disorders*, Pearson Education, Inc. Boston MA 02116.
30. 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.
31. 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.
32. European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management-update. *Cerebrovascular diseases*, 2003.
33. 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.
34. Johnson, A. F., Valachovic, A.M., & Gearge, 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.
35. Marshall, R.C. (1997). Aphasia treatment in the early postonset period: managing our resources effectively. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 6, 5-11.
36. Prigatano G. P. (1999) *Principles of neuropsychological rehabilitation*. Oxford: Oxford University Press.
37. Rofes L. et al., (2013) *Neuogenic and oropharyngeal dysphagia*. Annals of The New York Academy of Sciences. Volume 1300 The 11th OESO World Conference: Reflux Disease
38. Spreen, O. & Risser, A. H. (2003). *Assessment of aphasia*, New York: Oxford University Press.
39. Vogel, A. P., Maruff, P. & Morgan, A. T. (2010) Evaluation of communication assessment practices during the acute stages post stroke, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16, 1183-1188.
40. Whitworth, A., Webster, J. & Howard, D. (2014) *A cognitive neuropsychological approach to assessment and intervention in aphasia: A clinicians Guide*, (2nd ed). East Sussex: Psychology Press.
41. Wilson B. A. (2008). Neuropsychological rehabilitation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 141-162.
42. Worrall, L., Sherratt, S., Rogers, P., Howe, T., Hersh, D., Ferguson, A., & Davidson, B. (2011). What people with aphasia want: Their goals according to the ICF. *Aphasiology*, 25(3), 309-322.

НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ, РЕГУЛИРУЮЩИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЛОГОПЕДА

1. 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.

3. Права

- 3.1. Принимает участие в совещаниях, научно - практических конференциях врачей и педагогических работников по профилю своей работы.
- 3.2. Участвует в работе общественных профессиональных организаций.

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.

2. 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».

В разделе «Должностные обязанности» содержится перечень основных трудовых функций, которые могут быть полностью или частично поручены работнику, занимающему данную должность, с учетом технологической однородности и взаимосвязанности работ, позволяющих обеспечить оптимальную специализацию по должностям служащих.

В разделе «Должен знать» содержатся основные требования, предъявляемые к работнику в отношении специальных знаний, а также знаний законодательных и иных нормативных правовых актов, положений, инструкций и других документов, методов и средств, которые работник должен применять при выполнении должностных обязанностей.

В разделе «Требования к квалификации» определены необходимые для выполнения должностных обязанностей уровень профессиональной подготовки работника, удостоверяемый документами об образовании, а также требования к стажу работы.

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

Учитель-дефектолог, учитель-логопед (логопед)¹

Должностные обязанности. Осуществляет работу, направленную на максимальную коррекцию недостатков в развитии у обучающихся, воспитанников с нарушениями в развитии, в том числе находящихся в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях, создаваемых для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья (для глухих, слабослышащих и позднооглохших, слепых, слабовидящих и поздноослепших детей, детей с тяжелыми нарушениями речи, с нарушением опорно-двигательного аппарата, с задержкой психического развития, умственно отсталых и других детей с ограниченными возможностями здоровья). Осуществляет обследование обучающихся, воспитанников,

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

определяет структуру и степень выраженности имеющегося у них нарушения развития. Комплектует группы для занятий с учетом психофизического состояния обучающихся, воспитанников. Проводит групповые и индивидуальные занятия по исправлению недостатков в развитии, восстановлению нарушенных функций. Работает в тесном контакте с учителями, воспитателями и другими педагогическими работниками, посещает занятия и уроки. Консультирует педагогических работников и родителей (лиц, их заменяющих) по применению специальных методов и приемов оказания помощи детям с ограниченными возможностями здоровья. Ведет необходимую документацию. Способствует формированию общей культуры личности, социализации, осознанного выбора и освоения профессиональных программ. Реализует образовательные программы. Комплектует группы для занятий с учетом психофизического состояния обучающихся, воспитанников. Изучает индивидуальные особенности, способности, интересы и склонности обучающихся, воспитанников с целью создания условий для обеспечения их развития в соответствии с возрастной нормой, роста их познавательной мотивации и становления учебной самостоятельности, формирования компетентностей, используя разнообразные формы, приемы, методы и средства обучения, современные образовательные технологии, включая информационные, а также цифровые образовательные ресурсы, обеспечивая уровень подготовки обучающихся, воспитанников, соответствующий требованиям федерального государственного образовательного стандарта, федеральным государственным требованиям. Проводит учебные занятия, опираясь на достижения в области методической, педагогической и психологической наук, возрастной психологии и школьной гигиены, а также современных информационных технологий. Соблюдает права и свободы обучающихся, воспитанников, обеспечивает охрану жизни и здоровья обучающихся, воспитанников в период образовательного процесса. Участвует в работе педагогических, методических советов, других формах методической работы, в работе по проведению родительских собраний, оздоровительных, воспитательных и других мероприятий, предусмотренных образовательной программой, в организации и проведении методической и консультативной помощи родителям (лицам, их заменяющим). Выполняет правила по охране труда и пожарной безопасности.

Должен знать:

- приоритетные направления развития образовательной системы Российской Федерации;
- законы и иные нормативные правовые акты, регламентирующие образовательную, физкультурно-спортивную деятельность;
- Конвенцию о правах ребенка;
- возрастную и специальную педагогику и психологию;
- анатомо-физиологические и клинические основы дефектологии;
- методы и приемы предупреждения и исправления отклонений в развитии обучающихся, воспитанников;
- нормативные и методические документы по вопросам профессиональной и практической деятельности;
- программно-методическую литературу по работе с обучающимися, воспитанниками, имеющими отклонения в развитии;
- новейшие достижения дефектологической и педагогической наук;
- правила по охране труда и пожарной безопасности; теорию и методы управления образовательными системами; современные педагогические технологии продуктивного, дифференцированного, развивающего обучения, реализации компетентностного подхода;

- методы убеждения, аргументации своей позиции, установления контактов с обучающимися, воспитанниками разного возраста, их родителями (лицами, их заменяющими), коллегами по работе;
- технологии диагностики причин конфликтных ситуаций, их профилактики и разрешения; основы экологии, экономики, социологии;
- трудовое законодательство;
- основы работы с текстовыми редакторами, электронными таблицами, электронной почтой и браузерами, мультимедийным оборудованием;
- правила внутреннего трудового распорядка образовательного учреждения; правила по охране труда и пожарной безопасности.

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

3. 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».

1. 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.

4. 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.

5. 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».

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.

6. 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, организациях, осуществляющих лечение , организациях, осуществляющих социальное обслуживание, а также в центрах психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи , создаваемых в соответствии со статьей 42 Федерального закона "Об образовании в Российской Федерации"	56

7. 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

8. Нормативы потребления этилового спирта для учреждений здравоохранения, образования и социального обеспечения РФ

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 августа 1991 г. № 245 «О нормативах потребления этилового спирта для учреждений здравоохранения, образования и социального обеспечения».

В целях улучшения качества медицинской помощи населению и более рационального использования спирта утверждаю:

Оrientировочные нормы расхода этилового спирта в подразделениях лечебно-профилактических учреждений

Приложение № 2

№ п/п	Наименование учреждения	Наименование отделений (палат), кабинетов	Показатели обслуживания	Норматив в граммах
1-3	Больничные учреждения, амбулаторно-поликлинические учреждения (подразделения)	- логопедический	на 1-го первичного больного	20

9. 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»

В целях совершенствования нейрореабилитационной помощи больным с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы приказываю:

1. Утвердить:

1.1. Порядок оказания нейрореабилитационной, в том числе ранней нейрореабилитационной помощи больным с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы согласно приложению № 1.

1. Настоящий Порядок регламентирует основные положения оказания нейрореабилитационной, в том числе ранней 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.

4. Палаты ранней нейрореабилитации комплектуются оборудованием в соответствии с примерным перечнем, предусмотренным приложением № 5.

5. При наличии реабилитационного отделения в составе лечебно-профилактического учреждения больные переводятся из неврологического, нейрохирургического отделений в палаты нейрореабилитации этого отделения.

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.

10. Стандарт специализированной медицинской помощи

Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1740н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при инфаркте мозга" (Зарегистрировано в Минюсте России 05.03.2013 N 27483)

Утвердить стандарт специализированной медицинской помощи при инфаркте мозга согласно приложению.

Приложение: Стандарт специализированной медицинской помощи при инфаркте мозга.

Категория возрастная: взрослые

Пол: любой

Фаза: острая

Стадия: любая

Осложнения: вне зависимости от осложнений

Вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь

Условия оказания медицинской помощи: стационарно

Форма оказания медицинской помощи: неотложная

Средние сроки лечения (количество дней): 30

Код по МКБ X*

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

Нозологические единицы: I.63 Инфаркт мозга			
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

11. Оборудование логопедического кабинета

Утверждено Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 декабря 1998 г. N 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

№ п/п	Наименование оборудования	Количество
	I. Помещение и дизайн	
1.	Помещение для организации приема больных площадью 14-20 кв.м	1
2.	Помещение для индивидуальных и групповых логопедических занятий площадью 30-40 кв.м.	1
3.	Помещение для социального работника и медицинской сестры площадью 15-20 кв.м.	1
4.	Элементы внутреннего дизайна (облицовка стен, декоративные растения, ковровые покрытия, напольные вазы, картины, эстампы и пр.)	в соответствии с возможностями
	II. Аппараты и приборы	
1.	Прибор тонометрический	1
2.	Секундомер	1
3.	Аудио комплекс	
	Магнитофон кассетный 0-1 класса	1
	Звуковой усилитель мощностью до 50 Вт с эквалайзером	
	Система стереофоническая мощностью 50-100 Вт	1
	Наушники стереофонические	10
4.	Диктофон	1
5.	Магнитофонные кассеты	15
6.	Метроном	1
7.	Диапроектор для слайдов	1
8.	Экран	1
9.	Наборы слайдов	1
10.	Экспериментально-логопедические методики	10
11.	Зеркало ручное	10
12.	Зеркало настенное	1
13.	Видеомагнитофон	1
14.	Кассеты для видеомагнитофонов	10
15.	Набор настольных игр для детей	2
16.	Набор игрушек для детей	2
17.	Телевизор	1
18.	Персональный компьютер с программным обеспечением марки IBM	1
19.	Видеокассеты с программами по восстановлению речи и других высших психических функций	
	III. Медицинский инструментарий	
1.	Ножницы прямые	3
2.	Пинцет анатомический	1
3.	Фонендоскоп комбинированный	1
4.	Набор логопедических зондов и шпателей	2

5.	Набор-укладка для оказания неотложной медицинской помощи	1
IV. Предметы ухода за пациентами		
1.	Банка стеклянная для термометров и шпателей	2
2.	Пипетка глазная	5
3.	Стаканчик для приема лекарств	5
4.	Тазик эмалированный почкообразный	1
5.	Термометр медицинский максимальный	2
6.	Ведро педальное	2
V. Специальная мебель и оборудование		
1.	Кушетка смотровая	1
2.	Стол логопеда	1
3.	Стол медицинской сестры	1
4.	Шкаф для медицинских инструментов	1
5.	Столик для инструментов	1
6.	Ящик для картотеки	2
VI. Бытовая мебель и оборудование		
1.	Кресло мягкое	10
2.	Стул полумягкий	8
3.	Шкаф для одежды	1
4.	Шкаф книжный	2
5.	Полка книжная	3
6.	Столик журнальный	2

Приложение 2

Образцы ведения документации.

1. Журнал регистрации больных

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

2. Журнал ежедневного учёта посещаемости больных

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

Приложение 3

Речевые задания, рекомендуемые для диагностического обследования

Вид речевой деятельности	Задания	
	Легкие пробы	Сложные пробы
Понимание	Выполнение устных инструкций	
	«Закройте глаза» «Покажите язык» «Улыбнитесь»	«Возьмите со стола лист бумаги и сложите его пополам»

	Однословные ответы на вопросы (да / нет)	
	«Вас зовут Михаил?»	«Траву косят топором?»
	Показ предметных изображений (реальных и картинных)	
	«Покажите яблоко» «Покажите кошку»	«Покажите рыбу-письмо» «Покажите дом-самолет-сумку»
	Показ изображений, обозначающих действия	
	Идет Сидит	Готовит-смотрит Льет-считает-копает
	Понимание фраз и конструкций (по картинным изображениям)	
	«Покажите, где бабушка режет хлеб» «Покажите, где девочка читает книгу»	«Покажите, мамину дочку» «Нарисуйте круг под квадратом» «Покажите, где клеёнка покрыта скатертью»
Собственная речь	Автоматизированные ряды	
	Прямой порядок (цифровой ряд, дни недели, месяцы года)	Обратный порядок (цифровой ряд, дни недели, месяцы года)
	Называние предметов	
	Называние высокочастотных реальных предметов (чашка, тарелка), частей тела (рука, глаз)	Называние малочастотных предметов по картинным изображениям (крокодил, прищепка)
	Называние действий (по картинным изображениям)	
	Называние высокочастотных действий (спит, ест, пьёт)	Называние малочастотных действий (пересчитывает, ремонтирует)
	Повторение	
	Повторение отдельных звуков, слогов, простых слов и фраз (а; па; рука; собака лает)	Повторение серий звуков, слогов и сложных слов и фраз (а-о; д-т; ба-па-ба; крыса-крыша; милиционер; в саду за высоким забором росли развесистые яблони)
	Фразовая речь (по картинным изображениям)	
	Составление простых предложений (мальчик моет руки)	Составление развернутых предложений (врач приглашает больного пройти в кабинет) и рассказа по сюжетной картинке
Чтение	Чтение (показ) отдельных букв, идеограмм, простых слов	Чтение предложений и текстов с ответами на вопросы по содержанию и пониманию прочитанного
Письмо*	Написание собственных Ф.И.О.; списывание простых слов и фраз.	Звукобуквенный анализ и синтез слова; письмо под диктовку; написание ответов на вопросы

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; резонёрство; 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; алонтия _____

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 / усиливающаяся 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 ускорен, тахилалия / брадилалия, растянутый, скандированный, дизритмия, полтерн / заикание _____

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, эcholалии; 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, приведение 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; параксии; 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: _____

1. Рекомендуемый комплекс дыхательных упражнений.

ТРЕНИРОВКА НАВЫКОВ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ДЫХАНИЯ

Оптимальные условия для постановки дыхания создаются на занятиях в кабинете логопеда. В случае сосудистого характера основного заболевания дыхательные упражнения выполняются легко, без напряжения. Каждое упражнение повторяется 4-5 раз. Вдох должен быть коротким, а выдох длительным.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА

1. Вдох – выдох через нос.
2. Вдох через нос – выдох через рот.
3. Вдох через рот – выдох через нос.
4. Вдох – выдох через левую ноздрю (правая зажата пальцем).
5. Вдох – выдох через правую ноздрю (левая зажата пальцем).
6. Вдох через левую ноздрю – выдох через правую.
7. Вдох через правую ноздрю – выдох через левую.
8. Вдох через нос – удлиненный выдох через неплотно сжатые губы.
9. Вдох через нос, выдох через нос толчками, т.е. кратковременно задерживая дыхание.
10. Сдувать с ладони ватку или бумажку, дуть на зажженную свечку, на воду, надувать мыльные пузыри.

АКТИВИЗАЦИЯ МУСКУЛАТУРЫ ШЕИ И МЫШЦ ГОРТАНИ

1. Медленно, спокойно поворачивать 2—3 раза голову в стороны (вдох носом, выдох ртом).
2. Нагибать голову вниз (выдох носом), не спеша поднимать ее прямо (вдох ртом).
3. Покашливание (имитировать кашель).
4. Пальцы рук сложить в замок на затылке. Медленно отклонять голову назад, преодолевая сопротивление рук.
5. Сжать в кулак кисти рук и подпереть подбородок. Наклонять голову вперед через сопротивление рук.
6. Ладони прижать к ушам. Наклонять голову влево-вправо, преодолевая сопротивление рук.
7. Двигать нижней челюстью вниз, в стороны, вперед. Сжимать челюсти.
8. Надувать и втягивать щеки при крепко сжатых губах.
9. Открыть рот и по возможности подтягивать кончик языка к мягкому нёбу.
10. Широко открыть рот, вдохнуть и плавно выдохнуть воздух (позевывание).

2. Рекомендуемый комплекс упражнений для лицевой мускулатуры.

АКТИВИЗАЦИЯ МИМИЧЕСКОЙ МУСКУЛАТУРЫ

1. Поднять брови, имитируя удивление, потом расслабить (попеременно).
2. Нахмурить лоб, как будто сердитесь, потом расслабить (попеременно).
3. Поморщиться, имитируя зубную боль или ощущение кислого во рту, потом расслабиться (попеременно).
4. Зажмурить глаза, потом поморгать.
5. Прищурить один глаз, потом другой (попеременно).
6. Наморщить нос, сделать несколько нюхательных движений, как будто нюхаете цветок.
7. Вытянуть губы вперёд «воронкой» и подвигать губами вправо-влево (попеременно).
8. Посвистеть, почмокать губами.

УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ МЫШЦ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

1. Широко открыть рот и закрыть (попеременно).
2. Зубами покусать верхнюю и нижнюю губы.
3. Имитировать жевание с закрытым и открытым ртом (попеременно).
4. Коснуться подбородком правого и левого плеча.

АРТИКУЛЯЦИОННЫЕ УПРАЖНЕНИЯ

1. Растянуть углы рта в улыбку, оскалить зубы, вытянуть губы в трубочку.
2. Произносить звуки «у», «о», «а»; далее пары звуков «и—у», «и—а», «и—о», затем по три-четыре звука «а—о—у», «и—а—и», «а—и—а», «а—у—и—а», «и—у—о—и».
3. Положить широкий язык на нижнюю губу («лопаткой») - высунуть узкий язык вперед («жалом»).
4. Поднять язык к верхней губе, опустить на нижнюю губу.
5. Сделать круговые движения языком по внутренней поверхности щёк, вокруг зубов, по губам.
6. Провести языком по твёрдому нёбу вперёд-назад.
7. Надуть - втянуть обе щеки.
8. Надувать обе щеки попеременно, перекачивая воздух из одной щеки в другую, как при полоскании.
9. Поцокать и пощёлкать языком.
10. Слегка покусать язык по всей плоскости.

3. Рекомендуемый комплекс артикуляционных упражнений.

Артикуляционная гимнастика

Длительность гимнастики от 5 до 7 минут 2-3 раза в день.

Каждое упражнение выполнять по 5 раз

1. Губы плотно сжать (как при звуке «М»), удержать, потом расслабить. Чередовать позицию несколько раз.
2. Растянуть губы в улыбке (как при звуке «И»), удержать. Вернуть в исходное положение.
3. Вытянуть губы трубочкой (как при звуке «У»), удержать, вернуть в исходное положение.
4. Растянуть губы в улыбке, перейти в позицию трубочки, вернуться в спокойное состояние. Чередовать несколько раз.
5. Легко покусывать верхнюю губу и нижнюю губу зубами.
6. Рот открыть. Подвигать языком вправо и влево (попадая кончиком в уголки губ) 
7. Рот открыт. Облизывать верхнюю губу, не касаясь нижней губы (вправо-влево) 
8. Рот открыт. Облизывать нижнюю губу, не касаясь верхней губы (вправо-влево) 
9. Рот открыт. Провести языком по твёрдому нёбу (вперёд-назад)
10. Рот открыт. Провести языком по правой щеке (вверх-вниз), затем по левой щеке (вверх-вниз)
11. Рот закрыт. Упереться языком на внутреннюю поверхность щёки (вправо-влево)
12. Рот закрыт. Совершать круговые движения языком по внутренней поверхности щёк (справа-слева)
13. Рот полуоткрыт. Поцокать кончиком языка
14. Легко покусать кончик языка по всей плоскости
15. Надуть – втянуть щёки

4. Комплекс упражнений для укрепления мышц глотки.

УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ГЛОТАНИЯ

1. Поочерёдно повторяйте звуки «И – У». При этом глоточные мышцы должны напрягаться.
2. Крепко держите кончик языка зубами и сделайте глотательное движение (вы почувствуете напряжение в горле и затруднение с началом глотания).
3. Зевните с широко раскрытым ртом, с шумом втягивая воздух.
4. Попытайтесь симитировать рвотное движение.
5. Имитируйте жевание.
6. При возможности глотайте: слюну, капли воды или сока и т.п. или просто имитируйте глотательное движение.
7. Похрапывайте на вдохе и выдохе (подражание спящему).
8. Твёрдо произносите гласные А, Э, И, О, У (3–5 раз).
9. Высунув кончик языка вперёд, произносите: И–А, И–А (звук «И» отделяйте паузой от звука «А»).
10. Покашляйте («кхе-кхе»).
11. Изображайте свист без звука, напрягая ротовую полость.
12. Имитируйте полоскание горла.
13. Высуньте язык и произносите звук «Г».
14. Беззвучно произносите звук «bI», выдвигая вперёд нижнюю челюсть.
15. Глотайте капли воды из пипетки.
16. Произнесите звук «М» и тяните его на сколько хватит выдоха, сомкнув губы.
17. Тяните звук «И», то низко, то высоко, на одном выдохе, постукивая пальцами по гортани.

Примечание:

Нет необходимости применять весь комплекс упражнений одновременно. Выбор определяется специалистом по глотанию и зависит от степени выраженности дисфагии и от возможностей больного.

Упражнения противопоказаны при тяжёлом соматическом состоянии пациента, повышенной температуре тела (гипертермии), высоком артериальном давлении и быстром утомлении больного.