

Э.С. Бейн, П.А. Овчарова

Клиника и лечение афазий

**Москва
«Книга по Требованию»**

УДК 616
ББК 53
Э1

Э1 **Э.С. Бейн**
Клиника и лечение афазий / Э.С. Бейн, П.А. Овчарова – М.: Книга по Требо-
ванию, 2021. – 208 с.

ISBN 978-5-458-38342-4

Настоящая книга освещает ряд вопросов многосторонней проблемы афазии на основании анализа литературы и материалов собственных исследований авторов. Она включает рассмотрение этапов истории учений об афазии, анатомо-физиологического, клинического, психологического и лингвистического аспектов афазических расстройств.

ISBN 978-5-458-38342-4

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2021

© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2021

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, клякс, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг – не самое лучшее решение для восстановления текста в его первозданном виде, однако, наша цель – вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания – решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.



Серия Книжный Ренессанс

www.samizday.ru/reprint

ВВЕДЕНИЕ

Учение об афазии является пограничной областью неврологии, психологии и лингвистики.

Афазия — это своеобразные нарушения речи, отличающиеся от логоневрозов, дизартрии, от речи больных шизофренией и от речевых расстройств при глубокой деменции. В широком плане — это расстройство возможности пользоваться речью, которое наступает при органических поражениях мозга. При афазиях, являющихся результатом омагового поражения коры головного мозга, нарушается речевая деятельность во всех ее проявлениях: устная и письменная речь, понимание чужой речи, способность называния, грамматический строй речи и т. д. При нарушении речевой деятельности, являющейся по существу средством общения между людьми, наблюдается в различной степени сохранение мнестических и интеллектуальных функций.

Исторически проблема афазий была всегда тесно связана с вопросами локализации мозговых функций и зависела от идеологических концепций, методологических установок и научных достижений той или другой эпохи.

Единой клинической классификации афазий, однако, все еще нет. Существует много классификаций, созданных на основе различ-

ных принципов, в ряде случаев весьма произвольных. Эти классификации отражают разный уровень знаний, разные аспекты рассмотрения вопроса и различные идеологические позиции авторов. Ниже мы на них остановимся.

Основная психологическая и неврологическая проблема афазий заключается в решении вопроса о том, лежат ли в основе афазического расстройства мнестические, интеллектуальные или символические дефекты, или же афазию следует понимать как результат нарушения сенсо-моторной основы речи в результате патологии тех „центральных" отделов мозговой коры, которые объединяют работу ее сенсорных и моторных центров.

Такое противопоставление расстройств интеллектуальных функций при афазии ее сенсо-моторной основе характеризует, как мы покажем ниже, воззрения ряда исследователей.

Несмотря на многочисленные работы, проблема афазий остается до настоящего времени во многом нерешенной. Уточняется структура афазических синдромов. Обсуждается классификация афазий, методология и принципы восстановительной терапии. Мы далеки от определения закономерностей и интимных механизмов формирования речевых расстройств. И все же следует признать, что в настоящее время имеется много нового в изучении этой проблемы. Собран огромный клинико-экспериментальный материал, причем использованы достижения современной психологии, электрофизиологии, нейрохирургии, лингвистики, статистики, кибернетики, математической логики.

Nissl v. Meendorf (7), А. Р. Лурия (9, 10, 11), J. Ajouriaguera et H. Hesaen (8), анализируя анатомически проверенный большой материал травматической афазии, составили оригинальные архитектонические карты афазических синдромов.

В. Пенфильд, Л. Роберте (12) с сотрудниками на основе своего многолетнего нейрохирургического опыта, используя методы раздражения и экстирпации, исследовали функции так называемых речевых зон, уточнили их локализацию и создали некоторые концепции о речевых механизмах и их расстройствах.

Советские авторы А. Н. Соколова (14, 15), Ю. С. Юсевич (13), Ф. В. Бассин и Э. С. Бейн (16), Н. А. Крышова и К. М. Штейнгарт (17) методом электромиографии исследовали электрическую активность речевой мускулатуры в норме и патологии и пришли к выводу о тесной связи операций мышления с речевым актом и о том, что идеомоторный акт (произнесение слова) является не только производным внутренней речи, но и источником ее регуляции (1955, 1960).

Электроэнцефалографические исследования Th. Alajouanine (18), Р. Ovcharova (19), А. Kreidler, А. Fradis (20) и др. выявили некоторые биоэлектрические закономерности при афазиях.

Изменения экспрессивной речи изучались Е. Bay (21), Th. Alajouanine (22) и др. Полученные данные выявляют особенности последовательных 3-х фаз фонетической экспрессии, различные в норме и патологии.

Для установления функционального состояния слухового слухоречевого анализатора при различных видах афазий и, в частности, при сенсорной, Th. Alajouanine, M. Aulrayet et Piloux (23) проводили аудиметрические исследования. Е. В. Шмидт, Н. А. Суховская (24), Л. Г. Кабелянская (25), Е. Д. Маркова (26), А. Р. Лурия (10) и др. пользовались для этой цели условно-рефлекторными методиками. Получены интересные данные о нарушении элементарного слуха и о феноменах гемиакузии у больных сенсорной афазией.

Клинико-психологические исследования обогащены в настоящее время новыми методиками и тестами — А. Ombredane (27), Е. Bay (28), А. Р. Лурия (9, 10, 11), Э. С. Бейн (29, 30), В. М. Коган (31). Посредством экспериментальных заданий собираются данные о состоянии памяти, счетных операциях, деформации понятий и дезинтеграции процессов мышления у больных с афазией.

Лингвистические исследования лиц, страдающих афазией, являются особенно перспективными, поскольку речь теснее всего связана с закономерностями языка, его фонетикой и грамматическим строем.

В этом направлении работают А. Р. Лурия (9, 10, 11, 116), Jakobson (33, 34), Э. С. Бейн (35, 36, 37, 38), Н. Schnell a. J. Jenkins (39), Е. Н. Винарская (40, 41, 42), Л. С. Цветкова (43), Т. В. Рябова (43а). В их работах раскрываются фонетические особенности речевых функций при моторной и сенсорной афазии, редукция словарного запаса, нарушения грамматического и синтаксического строя и пр. В последнее время используется и ряд количественных методов для исследования лингвистических характеристик в норме и патологии. У больных с афазией изучаются, например, изменения темпа речи, чистоты фонем и слов и др. параметров [D. Howes (44), F. J. Bisler (45), Bay (28), M. Janakiev, P. Ovcharova, R. Raichev, Z. Geleva (46), М. Янакиев с соавторами (47)].

Недавно при изучении афазий стали применять методы медицинской статистики — Е. П. Кок (48), И. М. Тонконогий (49), П. Овчарова и сотр. (162), а также экспериментального решения дифференциально-диагностических и других задач при афазиях посредством электронно-вычислительных машин — А. Г. Француз, И. М. Тонконогий, И. Я. Левин (50), П. Овчарова и сотр. (163) и др.

Г л а в а

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ ИСТОРИИ ИССЛЕДОВАНИЙ АФАЗИИ

Прошло более 150 лет с тех пор, как было выдвинуто положение о локализации речевых функций в определенных частях мозга. Так, еще в 1825 г У Boullaud (51,52) локализовал орган речи в лобных отделах мозга. М. Дах (53) выдвинул теорию о связи между афазией и поражениями в левом полушарии головного мозга. Особенно известным стало „открытие Вроса" (54, 55), который на основании анатомических данных локализовал центр речи на уровне задней части лобной извилины левого полушария и тем самым провозгласил доминантность левого полушария для речевых функций.

Не меньшим было значение работы С. Wernicke (56), описавшего другой тип афазии при поражении первой височной извилины под названием „сенсорная афазия"

Классификация Лихтгейма—Вернике различает 7 форм афазии: моторно-кортикальная, субкортикальная и транскортикальная, сенсорно-кортикальная, субкортикальная, транскортикальная и проводниковая афазия.

Дальнейшие исследования конца XIX века продолжают это направление поисков анатомических коррелятов речевой функции и ее расстройств в ограниченных участках коры головного мозга. Они

подтвердили функциональную значимость зоны Брока и Вернике и вместе с тем подчеркнули наличие мозговых „центров" письма, указав на роль поражений задней части второй лобной извилины в появлении аграфии, S. Экпер (57) и т. д.

На основе этой теории „центров" понимаемых, исходя из патологоанатомических данных, как ограниченные участки мозга, свя-

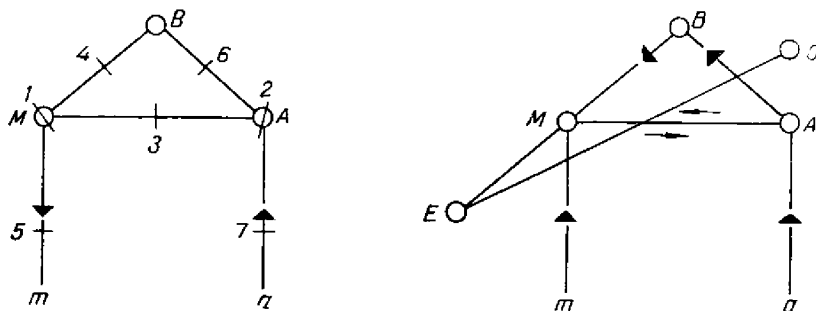


Рис. 1. Схема Лихтгейма

А. Слуховой центр речи; В. Центр интеллектуальной переработки; М. Центр речевой артикуляции; аА) пути, проводящие словесные слуховые раздражения; Мм) путь, соединяющий центр артикуляции и низшие моторные центры; О. Центр зрительного представления. Е. Центр иннервации органов обеспечивающих письмо — 1) повреждения при корковой моторной афазии; 2) повреждения при сенсорной афазии; 3) повреждения при проводниково-корковой афазии; 4) повреждения при транскортикальной афазии; 5) повреждения при подкорковой моторной афазии; 6) повреждения при транскортикальной сенсорной афазии; 7) повреждения при словесной глухоте.

занные со сложными речевыми функциями (в норме и патологии), создавалось так называемое „классическое" учение об афазии. Согласно этому учению, афазия моторная и сенсорная может являться либо результатом разрушения специализированных центров (кортикальная афазия), либо следствием перерыва волокон, связывающих эти центры (транскортикальная афазия), либо результатом повреждений проекционных волокон (субкортикальная афазия) и проводников (проводниковая афазия).

В 1885 г. L. Lichtheim (58) создал свою знаменитую схему речевых нарушений, которые, по его мнению, возникали вследствие повреждения речевого центра и его связи с центром понятий, а также и с проекционными двигательными, слуховыми и зрительными центрами. В 1885 г. Wernicke подвел под схему Lichtheim (рис. 1) анатомический субстрат и создал анатомическую номенклатуру синдромов афазических расстройств. Главным критерием классической схемы выделения различных форм афазии — является состояние внутренней и отраженной (повторной) речи. Так, при субкортикальной моторной и сенсорной афазии подчеркивается сохранность внутренней речи больных. При проводниковой — расстройство повторной, отраженной. Больные с проводниковой афазией не в состоянии повторить ими же самими спонтанно произнесенные слова.

Транскортикальная афазия характеризуется, наоборот, сохранением способности повторной речи.

В работе Dejerine (58a) суммированы клинко-анатомические представления „классиков" о речевых зонах мозга (рис. 2).

Эта теория афазических расстройств оказала значительное влияние на все дальнейшее развитие проблемы афазий и, несмотр-

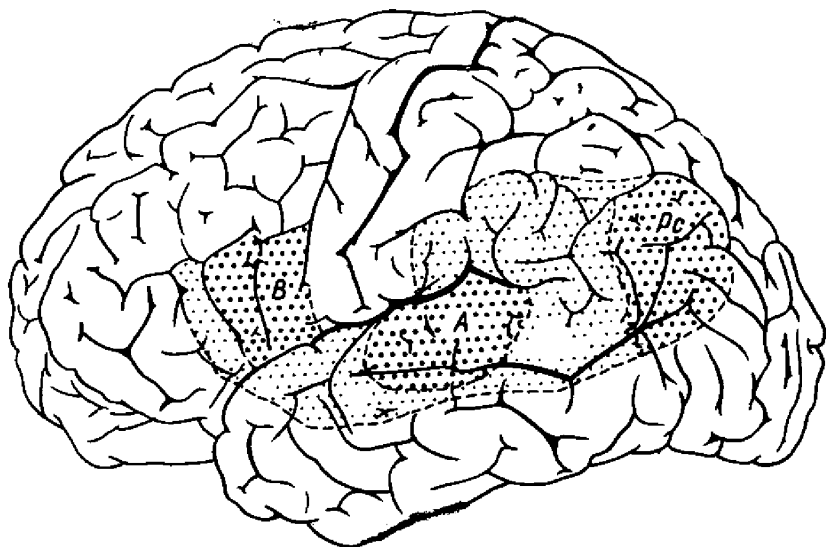


Рис. 2 Речевые зоны (по Дежерину).

Л. Центр Верникса, центр слуховых образов слов; В. Центр Брока, центр моторных образов артикуляций.

ря на непрекращающиеся до самого последнего времени дискуссии, так или иначе определяет позиции многих клиницистов.

Как в прошлом столетии, так и в наше время точки зрения „классиков" имеют своих последователей [см. S. E. Henschen (59), и K- Kleist (60)] и в то же время непримиримых оппонентов P. Marie (61), E. Bay (21, 28, 62, 63, 64) и др.

Надо думать, что прогрессивное значение клинко-патологических исследований прошлого века, обнаруживших корреляции между очаговыми повреждениями доминантного полушария и недоступностью речевого общения, заключается в их стихийно-материалистической тенденции поисков мозговой основы психических явлений. И хотя они положили начало узко-локализационистскому подходу к афазическим расстройствам, на что неоднократно указывалось в многочисленных дискуссиях, они все же способствовали дифференциации этих расстройств от нарушений речи при деменции, связанной с диффузными органическими сосудистыми процессами.

также как от изменений речи при психозах (шизофрении, истерии)- Они помогли дифференциации афазии и от расстройств артикуляции и голосообразования при поражении периферических органов речи, и от различного вида заикания.

Критика **этих** воззрений, непосредственно связывающих сложные психические функции с ограниченными участками мозга, началась еще в прошлом столетии. Антилокализационисты того времени P. Y Flourance (65), Gratiolet (66) возражали против поисков мозговой основы, материального субстрата психических явлений.

Для того, чтобы разобраться в истории афазии, попытаемся предварительно суммировать основные доводы, которые приводились в дальнейшем против так называемого „классического“ учения об афазии на разных этапах этой истории.

Все возражения **могут** быть разбиты на **несколько подгрупп** согласно направлениям, по которым **Белись дискуссии**:

а) делались фактические возражения против анатомических находок Broca. Так, некоторые исследователи P Marie (61, 67) и др. доказывали, что область повреждения при моторной афазии не совпадает с так называемым „центром Брока“-

б) очень серьезные доводы выдвигались против представлений о том, что место мозгового повреждения, коррелирующее с дефектами функции, есть в то же время и область локализации функции [H. Jackson (68, 69, 70) и др.];

в) ряд исследователей убедительно показывает ложность принципиальных основ, несовместимых с современными представлениями о локализации функций в коре головного мозга, в основе которых лежат достижения цитоархитектоники, патоморфологии, нейрофизиологии, а также современной психологии и лингвистики;

г) многие психологи и клиницисты, начиная с Jackson, подвергали критике психологическую и философскую основу классических теорий, связанных с неверными представлениями о природе речевой функции. В этой связи отмечалась необходимость получения предварительных четких данных о структуре речи в норме; Jackson подчеркивал, что у больных с афазией страдает преимущественно произвольная, интеллектуальная речь, являющаяся более высокой формой, и остается относительно сохраненной автоматическая и эмоциональная речь, являющаяся низшей речевой функцией. Идеи Джексона оказали большое влияние на работы таких исследователей, как C. McNamara (72, 73, 74), H. Head (71), A. Pick (75, 76, 77), K. Goldstein (78, 79, 80);

д) и, наконец, имеются возражения против умозрительности классических схем (особенно схемы Лихтгейма-Вернике). При такой классификации, говорил H. Head (71), умозрительно выведенные синдромы довлеют над конкретными картинами; и болезни, и каждый симптом приурочивается к определенной локализации.

Некоторые авторы, опровергая классификацию афазических расстройств классиков и точку зрения тех, кто стоял на позициях узкого локализационизма в XX веке (Геншен, Клейст) вместе с

тем возражают против сенсо-моторной основы форм афазий, которую признавали „классики" (К ним можно отнести P. Marie и из современных авторов E. Bay.)

В русской литературе, еще в 70 гг. прошлого века, помимо описания отдельных случаев афазии [Чистович (81), В. А. Легонин (82) и др.], мы встречаемся с интересными публикациями в Военно-Медицинском журнале. Особо обращает на себя внимание работа В. М. Тарковского (83). Автор дает обзор учения об афазии и оригинальную критику современных ему психологических и локализационных концепций. Он горячо возражает против необоснованных локализаций речевых функций и дает следующую исчерпывающую формулировку в отношении локализации функций и дефекта:

„Нельзя заключать, как делалось многими, что если, например, при вскрытии больного афазией найдена разрушенную только левая лобная доля мозга, то значит афазия зависит именно от разрушения этой доли, следовательно способность говорить локализуется в ней" (стр. 247).

Особенно поражает, при наличии современных автору многочисленных схем мозговой локализации речи, понимание им настоящей необходимости создания теории речевой функции еще до каких-либо попыток локализации. Автор также отчетливо говорит о необходимости накопления детальных описаний речевых расстройств, на основе которых только и возможны какие-либо теоретические обобщения. Отсутствие таких описаний, по мнению В. М. Тарковского, сводит на нет и ценность результатов вскрытия.

Укажем также на две исчерпывающие сводки работ по афазиям, появившихся в русской литературе к концу прошлого столетия: Г. Идельсона (84) и Е. Е. Ларионова (85). В работе Идельсона мы находим ряд важных и прогрессивных положений о неправильности схематических представлений о формировании речевой функции и ее локализации в мозгу. Автор говорит: „Локализация допустима только для расстройства речи. Речи локализовать нельзя" (стр. 77). Далее дается ясное указание на связь письма со звуковой речью и т. д.

Таким образом, часть русских авторов, наблюдательных клиницистов, обобщая свой опыт, выступали еще в 70-х годах прошлого столетия с критикой господствовавших в зарубежной литературе ассоцианистских теоретических положений и грубого локализационизма.*

Одним из наиболее убежденных противников классических форм и анатомо-клинической схемы афазии в начале XX века, был P. Marie (61), подвергнувший ревизии анатомические данные, на которых они основывались. Оказалось, что существуют афазии, при которых центры Broca и Wernicke бывают не поврежденными. В

Интересно и многостороннее исследование афазий было сделано известным отечественным неврологом в начале XX века — В. М. Ас1вацагурским (86).

случае, описанном самим Вгоса, были гораздо более тяжелые и распространенные повреждения, чем это представлял автор.

В результате своих исследований Р. Marie пришел к выводу, что есть только одна форма афазии, связанная с деструкцией зоны Wernicke, даже если модальности расстройств варьируют. С его точки зрения афазия Вгоса — это та же афазия Вернике, которую он рассматривал как сочетание особого интеллектуального расстройства и анаррии. Анаррию Р. Marie не считал афазическим разрушением и полагал, что она связана с деструкцией субкортикальной оперкулярной зоны („четырехугольник", Р. Marie).

Таким образом, в теории Р. Marie особенно отчетливо была выражена унитарная тенденция, в дальнейшем неоднократно звучавшая в воззрениях многих исследователей, т. н. нозотической школы L. Baumann and A. Grunbaum (87), К- Гольдштейн (78, 79, 80, 88) и др. „Унитаристы" всегда признавали лишь одну единственную форму афазии (Р. Marie — сенсорную, другие — амнестическую), в основе которой лежит, с их точки зрения, интеллектуальное расстройство. Все же остальное, в том числе любые формы нарушений моторной, произносительной стороны речи или акустикоречевого восприятия, рассматривалось как добавочные симптомы, присоединяющиеся к нарушению интеллекта. Таким образом, характерной чертой унитарной теории является отрыв афазии от ее сенсо-моторных основ.

К. Goldstein (78), чьи взгляды в некоторых отношениях были идейно близки воззрениям Marie (80), уже указывал, что расстройства речи связаны с нарушением соответствующих сенсорных структур — кинестетических, слуховых или зрительных. Он считал, что расстройство внутренней речи, сопровождаемое нарушением „способности к абстракции", которому он придавал большое значение, зависит от повреждений „центральных частей коры" Goldstein подчеркивает значение целостной работы мозга и с этой точки зрения подходит к локализации речи, не оспаривая, однако, клинических фактов возникновения тех или других речевых синдромов при поражении определенных зон коры.

К. Monakov (72, 73, 74), создатель учения о хроногенной локализации и о диасхизе, большой противник узкого локализационизма, также рассматривал принципы связи афазических синдромов с поражением тех или других зон коры.

В истории изучения афазий наблюдалась тенденция сведения сущности афазического расстройства к апраксии в случаях моторной афазии и к акустической агнозии при сенсорной афазии — Н. Liermann (89, 90) и др. Однако большинство авторов с основанием считает, что апраксия и агнозия не исчерпывают существа нарушения речи типа афазии.

Разочарование в „классической" теории афазии выразалось в том, что многие авторы при вычленении форм афазии начали исходить уже не из анатомического, а из психолого-лингвистического принципа. Особенно характерна в этом отношении классификация Н. Head (71).